



DAVID ANDRÉ
ESPANHOL
D'OLIVEIRA

**A PRESENÇA DOS
PAIS/PESSOA
SIGNIFICATIVA NO
BLOCO
OPERATÓRIO
JUNTO DA
CRIANÇA/JOVEM
EM SITUAÇÃO
PERIOPERATÓRIA**

Relatório de Dissertação/
estágio/projeto de Investigação
do Mestrado em Enfermagem
Perioperatória

ORIENTADOR

Professor Adjunto, António Manuel
Martins de Freitas, Escola Superior
de Saúde do Instituto Politécnico de
Setúbal.

Abril, 2019



DAVID ANDRÉ
ESPANHOL
D'OLIVEIRA

**A PRESENÇA DOS
PAIS/PESSOA
SIGNIFICATIVA NO
BLOCO
OPERATÓRIO
JUNTO DA
CRIANÇA/JOVEM
EM SITUAÇÃO
PERIOPERATÓRIA
JÚRI**

Presidente: Professora Adjunta, Ana Lúcia Caeiro Ramos, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;

Orientador: Professor Adjunto, António Manuel Martins de Freitas, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;

Vogal: Professora Adjunta, Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora.

Abril, 2019

DEDICATÓRIA

À minha Mãe do Céu...

Por seres o meu porto seguro nas angústias e dificuldades. Pelo teu carinho e ternura, o teu sorriso de candura, certeza de amor profundo. Obrigado por olhares sempre por mim e guiares os meus passos no caminho. Obrigado Mãe... N.^a Sr.^a da Atalaia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço....

Aos meus pais, irmã e avós, por todo o apoio.

À minha equipa do serviço de Medicina pela paciência e pela amizade.

À Enfermeira Orientadora Ana Vences por todos os conhecimentos partilhados, orientação e ajuda.

Aos Enfermeiros do Bloco Operatório por todo o apoio.

Ao Professor António Freitas por toda a orientação e ajuda no desenvolvimento de todo o trabalho.

Aos amigos pelas palavras de encorajamento nos momentos mais difíceis.

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória. Corresponde ao trabalho final do Mestrado onde é realizada uma reflexão de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre. O Estágio foi um meio importante para todo o processo de desenvolvimento de competências, aquisição e aprofundamento de conhecimentos em Enfermagem Perioperatória e nas competências de Mestre. Também é apresentado todo o trabalho desenvolvido de acordo com a metodologia de projeto. O problema no qual nos centrámos foi na presença dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica. Com o desenvolvimento deste pretendemos demonstrar que a presença dos pais/pessoa significativa até à indução anestésica, no Bloco Operatório, tem benefícios para a criança/jovem, para os pais/pessoa significativa, equipa e para a Enfermagem Perioperatória. De forma a sustentar todo o trabalho foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura. Como propostas de trabalho foram realizados um Guia de Acolhimento para os pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, Revisão da Lista de Verificação Pré-Operatória e uma Norma de Procedimento sobre o Acolhimento dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório. Também se torna importante realçar que foi realizado um Estágio de Observação, uma Revisão Integrativa da Literatura e uma Formação em Serviço de forma a chegarmos às propostas de trabalho e posteriormente, conseguirmos atingir os nossos objetivos. De forma a sustentar o trabalho teoricamente baseámo-nos na Teórica Jean Watson. Para chegarmos ao resultado final passámos por várias etapas de forma a contribuirmos para a melhoria da experiência cirúrgica das crianças/jovens e dos próprios pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Bloco Operatório; Presença dos pais/pessoa significativa; Criança/jovem.

ABSTRACT

This report was prepared within the framework of the 2nd Master's Course in Perioperative Nursing. It corresponds to the final work of the Masters where a reflection of the entire process of acquisition and development of Master's competences is carried out. The Internship was an important means for the entire process of skills development, acquisition and deepening of knowledge in Perioperative Nursing and Master's competences. Also presented is all the work developed according to the project methodology. The problem in which we focused was in the presence of the parents / significant person in the Operative Block, until anesthetic induction. With the development of this, we intend to demonstrate that the presence of parents / significant person until anesthetic induction, in the Operative Block, has benefits for the child / young person, for the significant person / parent, team and for the Perioperative Nursing. In order to sustain all the work an Integral Literature Review was carried out. As a work proposal, a Parent / Person Placement Guide was made meaningful in the Operative Block, Preoperative Check List Review and a Parent / Person Placement Standard of Operation in the Operative Block. It is also important to emphasize that an Observation Stage, an Integral Review of Literature and a Training in Service were carried out in order to reach the work proposals and later, to achieve our objectives. In order to sustain the work theoretically we were based on the theoretical Jean Watson. To reach the final result we went through several steps in order to contribute to the improvement of the surgical experience of the children / youngsters and of the parents / significant person in the Operative Block until anesthetic induction.

Keywords: Perioperative Nursing; Operating room; Presence of parents / significant person, children/young.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AESOP- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Sala de Operações

APA- American Psychological Association

AORN- Association of Perioperative Registered Nurses

BO- Bloco Operatório

Cit.- Citado

DGS- Direção Geral de Saúde

Enf.^a- Enfermeira

ESS- Escola Superior de Saúde

ICN- International Council of nurses

IPS- Instituto Politécnico de Setúbal

MEPO- Mestrado em Enfermagem Perioperatória

N.º- Número

OE- Ordem dos Enfermeiros

p.- Página

REPE- Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem

UCPA- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

Vol. – Volume

VPOE- Visita Pré-operatória de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1 Enfermagem Perioperatória.....	13
1.2 Família/criança na experiência cirúrgica.....	20
1.3 Padrões de Qualidade de Enfermagem.....	26
1.4 Referencial Teórico de Enfermagem Perioperatória: Jean Watson.....	28
2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NOS TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO.....	35
3. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	37
3.1 Caracterização do local de estágio.....	37
3.2 Metodologia de Projeto.....	39
3.3 Projeto de Intervenção.....	40
3.4 Diagnóstico de Situação.....	40
3.5 Planeamento.....	43
3.6 Execução.....	45
3.6.1 Estágio de Observação no Hospital A.....	45
3.6.2 Revisão Integrativa da Literatura.....	47
3.6.2.1 Discussão dos Resultados.....	49
3.6.2.2 Limitações/Implicações para a prática da Enfermagem Perioperatória.....	51
3.6.3 Formação em Serviço.....	51
3.7 Avaliação do Projeto.....	52

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	55
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
APÊNDICES.....	81
Apêndice I- Entrevista semiestruturada.....	81
Apêndice II- Questionário de diagnóstico à Equipe de Enfermagem.....	82
Apêndice III- Gráfico dos questionários.....	85
Apêndice IV- Cronograma de Atividades.....	87
Apêndice V- Guia de Acolhimento aos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório.....	88
Apêndice VI- Revisão da Lista de Verificação Pré-Operatória.....	89
Apêndice VII- Norma de Procedimento de Acolhimento aos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório.....	92
Apêndice VIII- Artigo de Revisão Integrativa da Literatura.....	99
Apêndice IX- Formação em Serviço.....	114
Apêndice X- Gráfico de avaliação da sessão formativa.....	118
Apêndice XI- Planeamento da sessão de Formação em Serviço.....	119
Apêndice XII- Diagnóstico de Situação do Projeto.....	121
Apêndice XIII- Planeamento do Projeto.....	125
Apêndice XIV- Apresentação Congresso Enfermagem Perioperatória.....	129
ANEXOS.....	132
Anexo I- Despacho n.º 6668/2017.....	132
Anexo II- Notícias Comunicação Social.....	132
Anexo III- Questionário aplicado para avaliação da sessão formativa.....	134

Anexo IV- Grelha de Avaliação da Qualidade Metodológica da JBI.....	135
---	-----

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio encontra-se finalizado no âmbito da unidade curricular de Projeto/Estágio, do 2.º Ano, 2.º Semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal. O presente resulta da reflexão crítica da aquisição e desenvolvimento de competências clínicas e de Mestre em Enfermagem Perioperatória, como o desenvolvimento de todo o trabalho de Projeto. Esta unidade curricular decorreu entre 7 de maio de 2018 até 31 de janeiro de 2019, com um total de 360 horas de prestação clínica. O docente responsável pela orientação científica é o Professor António Freitas e a nível clínico a Enf.^a Orientadora Ana Vences.

O Estágio realizou-se no âmbito da Enfermagem Perioperatória, nomeadamente, em Bloco Operatório. Esta é uma área da Enfermagem muito específica e complexa, onde é necessário o domínio de várias técnicas e vastos conhecimentos. Nesta área do cuidar em Enfermagem são necessários o domínio de conhecimentos teóricos e práticos, aptidões e atitudes de forma a dar visibilidade ao cuidar (AESOP, 2006). Para tal, é necessário que os Enfermeiros Perioperatórios desenvolvem determinadas competências importantes para a área, e para isso, o estágio realizado foi de singular importância, pois permitiu o saber, o saber fazer e o saber ser em contexto perioperatório, nomeadamente em Bloco Operatório, dando respostas às diversas necessidades dos doentes e suas famílias.

Os objetivos deste Relatório são:

- Refletir sobre o desenvolvimento e aquisição das competências em enfermagem Perioperatória;
- Enquadrar teoricamente as competências e o projeto de formação individual;
- Descrever a metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática.

Deste modo, pretende-se que os enfermeiros se capacitem nas funções de enfermeiro perioperatório, ou seja, identifiquem necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais dos doentes e das suas famílias de forma a colocar em prática um plano de cuidados individualizado a cada doente e que oriente as diversas intervenções enfermagem. As

intervenções de enfermagem devem se encontrar sustentadas em conhecimentos das ciências humanas e da natureza e devem promover a saúde e o bem-estar dos doentes antes, durante e depois da cirurgia (AORN (1998) cit. por AESOP, 2006, p.9). Revelou-se fundamental este percurso de Estágio pois permitiu um desenvolvimento de um saber ser e saber conviver, quer isto dizer, o desenvolvimento de competências gerais de forma a atuar em diversas situações no contexto de trabalho em saúde (Benito, et al., 2012, p.177).

Por outro lado, na metodologia de trabalho de projeto é esperado uma investigação centrada num problema real identificado em contexto clínico e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, passando pelas cinco etapas (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O Relatório encontra-se organizado da seguinte forma: numa primeira parte apresenta - se o enquadramento sobre a temática do trabalho desenvolvido, onde abordamos a Enfermagem Perioperatória, a Família/criança na experiência cirúrgica, Padrões de Qualidade em Enfermagem Perioperatória e o Referencial Teórico de Enfermagem Perioperatória: Jean Watson. De seguida, as considerações éticas na produção de trabalhos de investigação, os Estágios realizados e toda a Metodologia de Projeto, finalizando com a análise do desenvolvimento de competências em Enfermagem Perioperatória e de Mestre, e por fim, terminando com a conclusão. Ainda apresentamos uma diversidade de Apêndices e Anexos pertinentes, de acordo com todo o trabalho desenvolvido. Esperamos que todo o trabalho reflita todo o percurso desenvolvido ao longo destes meses de trabalho. O presente encontra-se redigido segundo as normas da APA “*American Psychological Association*”, 6ª edição.

1.ENQUANDRAMENTO TEÓRICO

O Enquadramento teórico é uma fase onde se realiza a conceptualização de determinados conceitos e ideias de forma a sustentar e a clarificar as questões em estudo, pois *“refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo.”* (Fortin, 1999, p.39). Esta fase, tem o seu início quando o investigador trabalha ideias de forma a orientar a sua investigação, o que por sua vez, demonstra a sua importância, pois irá fornecer à investigação o seu suporte.

Assim assumimos como importante a redação deste capítulo de forma a definir e a clarear conceitos importantes para este trabalho. Os temas abordados são: a Enfermagem Perioperatória; Família/criança na experiência cirúrgica; Padrões de Qualidade em Enfermagem e o Referencial teórico de Enfermagem Perioperatória: Jean Watson. Com estes esperamos clarificar e ordenar ideias sobre os diversos conceitos de forma a organizar o pensamento sobre a temática em estudo.

1.1Enfermagem Perioperatória

Em tempos remotos os cuidados de enfermagem prestados não eram documentados devidamente, pelo que, não era dada a necessária relevância e pouco ou nada se sabia sobre a Enfermagem. Por isso, no século XX, os enfermeiros, começaram a desenvolver um corpo de conhecimentos para orientar a sua prática clínica, pois começaram a ter percepção de que necessitavam deste, para tornar a enfermagem uma profissão. Nisto, a história da enfermagem tem o seu relevo, mais conhecido, com Florence Nightingale (Tomey & Alligood, 2002). No entanto, todas as teorias desenvolvidas permitiram um desenvolvimento acentuado de conhecimento para a Enfermagem dos dias de hoje, tal como se pode entender e se encontra no Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem (REPE) decreto-lei n.º 161/96 de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo decreto lei n.º 104/94 de 21 de abril) , que a Enfermagem tem registado nos últimos anos uma evolução ao nível da formação base como na dignificação de todo

o exercício profissional, o que torna o papel do enfermeiro de extrema importância no âmbito da comunidade científica de saúde, e por outro lado, fornece qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Desta forma a enfermagem é uma profissão da área da saúde que tem como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável ou doente, ao longo de todo o ciclo de vida. Também presta cuidados a grupos sociais de forma a que estes mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, de forma a ajudá-los a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais célere possível (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

A Enfermagem detentora de um corpo de conhecimentos próprio, foi alargando os seus níveis de conhecimento e dividindo-se em várias especialidades, devido ao crescimento de técnicas, meios de diagnóstico e pela grande pluralidade de campos de atuação (Nunes, 2003). Uma dessas especialidades/ conceito, foi a Enfermagem Perioperatória que surgiu em 1978 como conceito, que afirma que a função do enfermeiro perioperatório consiste no desenvolvimento de diversas atividades de enfermagem durante a fase pré, intra e pós-operatória. (AORN citado por AESOP, 2006, p.6). A Enfermagem Perioperatória, apresenta-se com uma perspetiva holística, pois, defende: a promoção de um ambiente seguro, a proteção do doente de riscos, a obtenção de resultados positivos para o doente e o respeito da dignidade das pessoas (Duarte & Martins, 2014).

O Enfermeiro como profissional com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de saúde (Decreto Lei n.º 161/96, 1996), deve ainda em contexto perioperatório, identificar as diversas necessidades do doente e família. Essas necessidades são físicas, sociais, psíquicas e espirituais. Com essas necessidades identificadas o enfermeiro perioperatório delineia um plano de cuidados individualizado de forma a orientar as ações de enfermagem, tendo sempre por base um conhecimento assente nas ciências humanas com o objetivo de restabelecer, conservar o bem-estar dos indivíduos (AORN (1998) citado por AESOP, 2006, p.9). O Enfermeiro perioperatório deve apresentar competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória na garantia da segurança com consciência cirúrgica.

Saliento que a consciência cirúrgica diz respeito a um princípio ético e moral que orienta o profissional na sua prática de cuidados à pessoa em situação perioperatória, atuando sempre em benefício do doente (Diário da República, 2018).

Os Enfermeiros Perioperatórios também são os profissionais de saúde, responsáveis por todas as intervenções prestadas ao doente, onde para tal mobiliza conhecimento científico, as suas competências específicas de forma a dar resposta às necessidades do doente, e permitir a prestação de cuidados competentes, qualificados e adequados a cada situação (Duarte & Martins, 2014). Os Enfermeiros devem atuar na sua prática diária promovendo um ambiente de respeito pelos direitos, valores, costumes e crenças espirituais da família e da comunidade (ICN, 2012). É intrínseco aos enfermeiros o respeito pelos direitos humanos como: os direitos culturais, à vida, livre escolha, dignidade e o ser tratado com o merecido respeito. É assim que os enfermeiros prestam cuidados, tendo como ponto assente estes valores, onde a base dos cuidados assenta no respeito, sem restrições de idade, cor da pele, credo, cultura, doenças ou incapacidades, sexo, orientação sexual, raça, política ou estatuto social (ICN (2006) p.1 citado por ICN, 2011, p.63).

Os Enfermeiros Perioperatórios desenvolvem a sua atividade profissional em Blocos Operatórios. Estes serviços caracterizam-se por se encontrarem vocacionados para a prestação de cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, e ainda, por serem constituídos por meios humanos, técnicos e materiais adequados para a sua função (AESOP, 2006). Estes são serviços que apresentam uma persistente circulação de materiais limpos e sujos. Para tal, os mesmos devem-se encontrar preparados com zonas delineadas como zonas limpas e zonas sujas, que devem ser respeitadas criteriosamente de forma a prevenir e a reduzir o risco de contaminação. No entanto, no BO, ainda existem a zona protetora e a zona assética. Porém é fulcral, que nestes serviços, sejam cumpridas todas as normas de assepsia de forma a existir um controlo rigoroso e diminuir a contaminação ao máximo. Algumas dessas formas passam pelo transporte de doentes em macas, o material limpo e esterilizado recebido deve ser embalado com uma cobertura extra, devem de existir circuitos diferentes para material limpo e para material sujo, a equipa deve de utilizar roupa apropriada quando entra e sai do BO, bem como as pessoas externas que entram não devem de entrar nas áreas restritas a menos que entrem com o vestuário e calçado específico (Duarte & Martins, 2014). Todos estes mecanismos, ou seja, todas estas intervenções têm como principal objetivo o reduzir as infeções, pois a segurança dos doentes faz parte das funções do enfermeiro perioperatório. Os doentes quando entram nestas unidades, para serem submetidos a uma cirurgia, encontram-se suscetíveis a riscos como: lesões por procedimentos, posicionamentos, comprometimento

da integridade cutânea, termorregulação ineficaz, hidratação insuficiente ou excessiva, reações alérgicas, riscos químicos, elétricos, físicos e ainda a infecção. Posto isto, os enfermeiros perioperatórios assumem a segurança e o bem-estar dos doentes como uma prioridade e devem possuir a capacidade de reconhecer e responder a estas questões de segurança do doente (Rothrock, 2008).

Dado que os Enfermeiros Perioperatórios que desenvolvem a sua atividade profissional neste tipo de serviços, Blocos Operatórios, são detentores de um saber específico, o qual devem colocar em prática no exercício das suas funções. Devem desenvolver as suas funções sendo prestadores de cuidados, advogados do doente, líderes, investigadores, educadores e gestores. No entanto, os enfermeiros perioperatórios têm diversas funções, que são de igual importância, no que diz respeito, à prestação de cuidados perioperatórios, pois a *“polivalência de funções é fundamental para a colaboração entre os pares da mesma equipa sendo a base da optimização dos cuidados, com maior rentabilidade ao nível da gestão destes e dos recursos humanos.”* (AESOP, 2006, p.108).

As funções dos enfermeiros perioperatórios são: Enfermeiro de Anestesia, Enfermeiro Circulante, Enfermeiro Instrumentista e Enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. Estas funções, apesar de diferentes, complementam-se e confluem para o mesmo que é a prestação de cuidados de qualidade ao doente, onde o mesmo é o centro do cuidar. Os enfermeiros devem de adquirir competências nas quatro funções, para uma prestação de cuidados de qualidade e devem possuir determinadas características como: profissionais, confiantes, flexíveis, com capacidade de articular valores da enfermagem e inovar na prestação de cuidados em benefício dos doentes (Bellman & Mamly, 2003).

O Enfermeiro de Anestesia, enfermeiro perioperatório, colabora com o médico anestesista nas diferentes fases anestésicas: pré-anestesia, indução, manutenção e reversão. O enfermeiro é responsável pelo doente numa fase em que se encontra dependente, pelo que é necessário manter uma vigilância intensiva, despistar sinais e sintomas de complicações que podem surgir no decurso da cirurgia e da técnica anestésica, atuar em situações de urgência e emergência. Isto deve-se porque no processo de anestesia, com a combinação dos efeitos farmacológicos das terapêuticas e as repercussões fisiológicas daí resultantes, podem surgir alterações hemodinâmicas a que o Enfermeiro de Anestesia deve encontrar-se atento. De uma forma geral, o Enfermeiro de Anestesia deve: prevenir a ocorrência de situações de risco, garantir o bem-estar físico e

psicológico, observar todos os equipamentos e materiais, colaborar com o médico anestesista em todos os procedimentos e manobras anestésicas, promover um ambiente seguro, realizar uma vigilância intensiva e observação do estado hemodinâmico, térmico, metabólico, perfusional, do débito urinário, de potenciais reações cutâneas, integridade da pele, na manutenção do posicionamento e no conforto e bem-estar do doente (AESOP, 2006). Esta função do enfermeiro perioperatório nem sempre tem o seu papel reconhecido, mas é uma função de extrema importância, pois este atua de forma a assegurar uma prestação de cuidados com qualidade e segurança sempre em prol do doente.

Outra das funções, corresponde ao Enfermeiro Circulante, que tem um papel muito importante dentro da sala de operações. Segundo AESOP (2006) esta função do enfermeiro perioperatório deve ser desempenhada por um enfermeiro experiente com competências técnicas e científicas bastante desenvolvidas de forma a dar resposta a situações inesperadas. O enfermeiro circulante é considerado o gestor da sala de operações e o que garante a segurança do doente e da equipa. Assim, o enfermeiro que desempenha esta função deve também centrar os seus cuidados no doente. Desta forma, o Enfermeiro Circulante presta cuidados ao doente, tendo a responsabilidade pelo seu acolhimento e dá respostas às necessidades, nomeadamente de conforto e segurança. Da mesma forma apresenta o dever de responder às necessidades da *“equipa cirúrgica, competindo-lhe: organizar, gerir, controlar todo o trabalho da sala de operações para que o acto cirúrgico se realize nas melhores condições de segurança para o doente e equipa cirúrgica.”* (AESOP, 2006, p.128). Contudo, o Enfermeiro Circulante, não faz parte da equipa estéril pois durante uma cirurgia desenvolve todo o seu trabalho em redor da equipa, tendo em atenção se existiu quebra de assepsia e insere as medidas de forma a manter a mesma. Este atua como gestor porque é responsável por rentabilizar, isto é, gerir os tempos da sala de operações, e não fazer parte da equipa estéril é um contributo que o deixa mais liberto para conseguir comunicar com o exterior. No entanto, nesta função, o enfermeiro circulante dá mais apoio ao enfermeiro instrumentista, devendo antecipar todos os seus pedidos e no mesmo contexto é responsável por realizar os registos de forma a documentar toda a informação.

A documentação de toda a informação constitui um aspeto de grande relevo na prática de cuidados perioperatórios. Estes devem refletir a avaliação do plano de cuidados

e os cuidados prestados pela equipa, bem como a avaliação contínua dos cuidados (Duarte & Martins, 2014).

Assim, de uma forma geral o Enfermeiro Circulante deve na chegada do doente ao Bloco Operatório, acolher o mesmo, preparar todo o material necessário para o ato cirúrgico e colaborar na transferência do doente para a mesa operatória. No decorrer das suas funções deve ainda dar apoio ao Enfermeiro de Anestesia, sempre que possível. Quando indicado, o Enfermeiro Circulante deve proceder à algáliação do doente e de seguida colaborar no seu posicionamento de acordo com o ato cirúrgico. Ainda nas suas funções, o Enfermeiro Circulante é o responsável pela colocação do eléctrodo neutro do equipamento de eletrocirurgia, certificar a funcionalidade dos equipamentos, observar as condições ambientais da sala de operações. Deve dar apoio ao Enfermeiro Instrumentista e à restante equipa cirúrgica na paramentação da roupa estéril e colaborar com os mesmos na colocação das mesas cirúrgicas, desinfeção da pele e campos cirúrgicos. Este Enfermeiro no exercício das suas funções, é responsável por proceder à conexão de materiais estéreis a não estéreis, direccionar os focos de luz, colaborar com o Enfermeiro Instrumentista na contagem de compressas, tampões, agulhas e instrumentos. No decorrer do ato cirúrgico deve fornecer, sempre que indicado e solicitado, novos dispositivos médicos necessários para a cirurgia. Em cirurgias em que existem peças para a anatomia patológica, deve de acondicionar e registar as peças de forma adequada. Ao longo do ato cirúrgico sempre que oportuno deve realizar todos os registos de enfermagem, e quando indicado, realizar a chamada do próximo doente, de forma a rentabilizar. No fim de cada cirurgia, o Enfermeiro Circulante, deve: colaborar na realização do penso, supervisionar a higienização da sala e de todos os equipamentos, colaborar na reposição e reorganização da sala para o próximo doente. No entanto, desde o início ao fim da cirurgia o Enfermeiro na função de circulante deve estar atento e prevenir riscos para o doente e para a equipa cirúrgica, deve assegurar a disciplina na sala, mantendo-a limpa e organizada e garantindo que as regras de assepsia sejam cumpridas e ainda atuar em situações de urgência e emergência, quando ocorrem (Figueiredo, Leite, & Machado, 2008; AESOP, 2006). Em suma, a função de Enfermeiro Circulante é de extrema importância pois além de contribuir para que todo o ato cirúrgico decorra dentro da normalidade, ainda assegura a segurança do doente e da equipa, dando apoio aos diversos enfermeiros nas diferentes funções.

A função de Enfermeiro Instrumentista é uma das funções do enfermeiro perioperatório, que tende a ser relacionada com elevada tecnicidade. No entanto, o exercício das suas funções é prestado a doentes que necessitam de cuidados específicos, portanto o enfermeiro *“instrumentista deve compreender e valorizar a área da instrumentação enquanto isolada e distinta, mas deve simultaneamente, valorizar a área da circulação e da anestesia, como forma de complementar a sua prestação de cuidados no âmbito dos cuidados perioperatórios.”* (AESOP, 2006, p.139). Desta forma o Enfermeiro Instrumentista deve organizar, gerir e controlar toda a instrumentação para que a cirurgia decorra com as melhores condições de segurança para o doente e equipa.

O Enfermeiro Instrumentista tem funções independentes e interdependentes. Quanto às funções independentes do Enfermeiro Instrumentista são: a preparação de todo o material cirúrgico, a desinfeção cirúrgica das mãos, a paramentação de roupa esterilizada, a preparação das mesas para a cirurgia, o vigiar e manter a técnica asséptica, o vigiar as perdas de sangue ou outros líquidos orgânicos de modo a permitir um Balanço Hídrico. Ainda fazem parte, outras intervenções, como: o vigiar o número de compressas, instrumentos e suturas e proceder à sua contagem em tempos próprios, o substituir as luvas de toda a equipa cirúrgica nas situações protocoladas, conectar as diferentes drenagens, proceder à separação do material colocando-o em contentores próprios e respeitar e saber atuar em cada tempo cirúrgico como na abertura/ encerramento/ tempos superficiais/profundos/ dissecação/excisão/sépticos/assépticos/microcirurgia e colocação de implantes e drenagens.

Quanto às funções interdependentes do Enfermeiro Instrumentista apresentam-se o assistir à equipa cirúrgica na paramentação da roupa estéril, o colaborar na desinfeção do campo operatório, colaborar na colocação dos campos cirúrgicos, o fornecimento de instrumentos necessários a cada passo em posição funcional, o adaptar-se ao ritmo da cirurgia e o identificar e acondicionar de forma correta os produtos orgânicos de acordo com a equipa médica. Desta forma, as funções do Enfermeiro Instrumentista, também se revelam muito importantes e cruciais na sala operatória, pois permitem garantir a segurança do doente e da equipa cirúrgica, na prevenção da infeção operatória assegurando que os protocolos de técnica asséptica sejam cumpridos, garantir uma gestão de gastos e um adequado controlo dos dispositivos médicos, e ainda, promover a longevidade dos instrumentos (AESOP, 2006).

Como última das funções do Enfermeiro Perioperatório temos o Enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). A UCPA é uma unidade onde os doentes permanecem durante um período, o de recobro, isto é, onde recuperam dos efeitos anestésicos, quer estes sejam por anestesia geral, loco-regional ou por sedação. Permanecem na UCPA porque o tempo que se segue imediatamente a um ato cirúrgico/anestésico corresponde a um período crítico, onde se encontram conjugados riscos associados à administração dos fármacos anestésicos e da própria intervenção cirúrgica.

Assim os Enfermeiros de UCPA tem como funções a vigilância e avaliação constante do doente, nomeadamente: a avaliação cardiovascular, respiratória, alterações sensório- motoras, do estado de consciência, do nível de conforto, dor, pensos, drenos, cateteres, do equilíbrio hidroelectrolítico, da pele e mucosas e ainda a promoção do conforto, bem- estar psicológico e espiritual (Rothrock, 2008; AESOP, 2006). O Enfermeiro de UCPA desempenha as suas funções tendo por base a vigilância intensiva dos doentes de forma a despistar complicações e atuar ao nível da prevenção das mesmas. Também é da sua responsabilidade a transmissão da informação relevante para a continuidade dos cuidados ao doente, quando o mesmo se encontra transferível para o serviço de internamento, de forma a garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados (AESOP, 2006).

Em suma, a Enfermagem Perioperatória nas suas diversas dimensões tem assumido uma sustentação e evolução dos cuidados, tendo sempre por base o respeito pelo doente, o que tem levado o Enfermeiro Perioperatório a centrar-se cada vez mais no doente, no seu cuidado desde a fase pré, intra e pós-operatória, ou seja, o doente como elemento central do cuidar e assim prestar cuidados de excelência perioperatórios.

1.2 Família/Criança na experiência cirúrgica

Uma intervenção cirúrgica é uma circunstância crítica na vida da pessoa/ família que necessita de cuidados anestésicos/cirúrgicos devido aos riscos associados aos cuidados perioperatórios, pois a pessoa que necessita de ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, aceita também colocar-se num estado em que a sua consciência se encontra

alterada e aos riscos inerentes, ou seja, sujeita-se a um estado de vulnerabilidade física e emocional com o objetivo de melhorar a sua saúde e qualidade de vida (Diário da República, 2018, p.19366).

Os doentes vivenciam estas situações novas e críticas com alguma insegurança, de acordo com as suas características como a idade, experiências pessoais, fase de desenvolvimento, doença e pela capacidade de adaptação (López & Cruz, 2002).

Apesar de ser algo transversal a todos os seres humanos, no caso das crianças/jovens tomam proporções mais exacerbadas, pois a doença e a hospitalização são as principais crises com que as crianças se deparam, nomeadamente durante os primeiros anos de vida. Os principais medos são: a separação, a perda de controle, a lesão corporal e a dor. (Hockenberry & Wilson, 2011). OE (2011) ainda enumera a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido, alteração da rotina, a dúvida e ainda com o que se relaciona com o procedimento cirúrgico, anestésico e ao resultado dos procedimentos.

No mesmo sentido, Kar, Ganguly, Dasgupta, & Goswami (2015) defendem que o hospital para a criança é promotor de ansiedade, nomeadamente pré-operatória, isto é, antes da cirurgia e também no momento de entrada para a sala operatória. Os principais motivos para a promoção da ansiedade da criança são o medo de lesão corporal na forma de dor, mutilação ou até mesmo morte; a separação dos pais e ausência de adultos que sejam pontos de referência para as mesmas, isto é, que sejam confiáveis. Outro dos motivos é a presença num ambiente estranho, com rotinas e pessoas desconhecidas, a incerteza que tipo de comportamento devem apresentar no hospital, o medo da perda de controle, da autonomia e de competência, o sentimento de vergonha pela exposição e toque de partes íntimas por estranhos, que no caso, serão os profissionais de saúde.

No entanto, os níveis de ansiedade das crianças/jovens atingem o seu exponencial quando ocorre a separação dos pais ou do adulto que seja da sua confiança, na entrada na sala de operações, na colocação na mesa operatória, pela observação de seringas, monitores, máscaras, cateteres entre outros materiais hospitalares. Nestas situações se as crianças não apresentarem um acompanhamento adequado irão mostrar resistência aos cuidadores.

A família apesar de ser um termo com diferentes conotações tem mudado ao longo dos tempos de acordo com as exigências da sociedade. Quanto mais complexa a sociedade se apresenta mais diversidade existe em si mesma (Coll, Marchesi, Palácios, &

Colaboradores, 2004). Para a enfermagem, a família é algo que permite bem-estar e a saúde dos seus indivíduos, daí que sejam prestados cuidados centrados na família. Esta ligação entra a enfermagem e a família remonta a tempos antigos em que a prática de enfermagem era realizada no domicílio dos indivíduos, e teve o seu ponto de viragem com a Segunda Guerra Mundial. E assim acontecimentos importantes como a doença, o nascimento e a morte foram retirados do seio familiar (wright & Leahey, 2002).

A família corresponde a uma instituição social básica a partir da qual, outras famílias se desenvolveram e a grande complexidade cultural fez com que se tornassem necessárias. Assim a família adequa-se a um sistema de normas e procedimentos, em que é definida como grupo, que tem como tarefa a criação dos filhos e assisti-los em determinadas necessidades, o que a torna fulcral para a sustentabilidade de uma sociedade. No entanto, é importante frisar que existem diversos tipos de famílias (Horton & Hunt, 1981).

Lerner, Spaks & McCubbin (1991) citado por Hockenberry & Wilson, (2011) defendiam que a família poderia definir-se como uma instituição em que os indivíduos se relacionam com compromissos duradouros e biológicos, representam as gerações semelhantes e diferentes e ainda, apresentam entre si, a socialização mútua e o compromisso emocional. Por outro lado, segundo Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 38), a família corresponde a um grupo de seres humanos com determinadas características específicas e vistos como um todo. Estes podem se encontrar ligados entre si por consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal e ainda pessoas que são importantes para o doente. Por sua vez, a criança é definida por ser humano com idade inferior a 18 anos, em casos em que a lei não determina o contrário.

Daí ressalta a importância da criança/jovem e da família para a Enfermagem Perioperatória, pois quer a cirurgia ou a hospitalização trazem consigo medo, stress, ansiedade que poderão resultar numa experiência traumatizante com efeitos nefastos para a criança/jovem como na sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Porém é importante salientar que nem todos vivenciam estas situações da mesma forma, relativamente à criança/jovem, vai depender do estágio de desenvolvimento em que se encontram, isto é, da sua personalidade, tal como afirma Coll, Marchesi, Palácios, & Colaboradores (2004, p. 17), *“os traços e as características individuais estão presentes ao longo de todo o processo de desenvolvimento: temos caracteres genéticos pessoais, nascemos sendo diferentes e, depois, vivemos desde o início, muitas experiências diferentes que vão exercendo seu impacto sobre nosso processo de desenvolvimento.”* No mesmo sentido,

Ordem dos Enfermeiros (2011) também defende que se deverá sempre ter em conta a faixa etária, o desenvolvimento e a maturidade da criança bem como a experiência cirúrgica anterior e ainda, não menos importante, a capacidade que os pais apresentam para cooperar.

Ainda no que concerne à reação da família de crianças/jovens sobre a cirurgia/hospitalização, é algo que afeta a vida da dinâmica familiar e cria nos mesmos a sensação de desamparo, a necessidade constante de receber informações e o lidar com a incerteza. (Hockenberry & Wilson, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011). Desta forma, os enfermeiros têm um papel importante junto das crianças/jovens e da sua família, pois devido à sua proximidade com os pais e crianças/jovens conseguem mais facilmente promover e interceder de forma a diminuir o medo, pois os *“enfermeiros, enquanto profissionais privilegiados pela formação, escopo profissional de acção, variedade de encontros e pelo tempo de contacto, encontram-se numa posição privilegiada para promover e intervir na diminuição do medo da criança/adolescente e sua família antes da cirurgia.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.18).

O papel do enfermeiro junto da criança/jovem e da família deverá ser em três etapas de prestação de cuidados como: o período pré, intra e pós-operatório (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No entanto dado o contexto deste Relatório de Estágio darei mais ênfase ao período intra-operatório. No período intra -operatório, Ordem dos Enfermeiros (2011) defende que o enfermeiro deverá:

- estimular o acompanhamento dos pais ou pessoa que os substitua durante a indução anestésica da criança/jovem;
- tranquilizar os pais ou pessoa que os substitua e encaminhá-los para a sala de espera;
- garantir a provável duração do procedimento cirúrgico-anestésico e ainda o circuito da criança/jovem;
- confirmar os comportamentos e as estratégias a adotar perante as reações da criança/jovem;

No que concerne ao acompanhamento dos pais ou pessoa significativa durante a indução anestésica, é importante referir que Ordem dos Enfermeiros (2011), defende que deverá ser realizado apenas nas instituições onde se encontrem reunidas as condições necessárias para a prática. No entanto, com o Despacho n.º 6668/2017 promulgado em

Diário da República a 2 de agosto de 2017, assegura como direito, o acompanhamento dos pais ou pessoa que o substitua até à indução da anestesia e no recobro. A presença dos pais nesta fase, intra- operatória, permite diminuir a ansiedade da criança/jovem, com idade inferior a 18 anos, e aumenta a cooperação, o que traz consigo benefícios para os mesmos e para a equipa de saúde. No mesmo sentido, Menezes & Tomazinho, (2014) defendem que a presença dos pais na sala de indução anestésica permite reduzir o nível de ansiedade das crianças e pais bem como permite melhorar a relação estabelecida entre enfermeiro- doente.

Deverá ser realizado um acolhimento personalizado, isto é, onde sejam apresentados os equipamentos e toda a equipa que os irá acompanhar, o que contribuirá para criar maior confiança e consequentemente diminuir o medo e a ansiedade. Por outro lado, afirma que a presença dos pais no Bloco Operatório irá transmitir à criança segurança e tranquilidade, o que por sua vez, permite a criação de um ambiente seguro e menos propício a ansiedade.

A presença dos pais ou dos elementos significativos, isto é, pessoa que os substitua ou significativa, junto da criança e o respetivo acompanhamento no Bloco Operatório e no recobro, permite transmitir às crianças e jovens segurança e tranquilidade, promovendo um ambiente seguro reduzindo assim a ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Durante a indução anestésica, a presença dos pais permite melhorar a qualidade da indução e contribui para a maior satisfação dos pais (Sánchez, et al., 2014). Por outro lado, a ansiedade no pré-operatório, ou seja, mesmo antes da indução anestésica, também se encontra influenciada por diversos fatores como a ansiedade dos pais e fatores socioeconómicos (Malik, Yaddanpudi, Panda, Kohli, & Mathew, 2018). No entanto a sua presença não deverá ser obrigatória. E muitas das vezes a presença dos pais deve ser associada a outras medidas como medicações pré-sedativas e a outras intervenções pré-operatórias como vídeos, brincadeiras que ajudem na preparação para o momento cirúrgico (Kar, Ganguly, Dasgupta, & Goswami, 2015). Esta é considerada uma técnica eficaz durante a indução anestésica com efeitos na redução da ansiedade das crianças/jovens. O acompanhamento destas crianças pode ser feito apenas pela presença dos pais na sala operatória ou a criança ficar sentada no colo dos pais durante a indução anestésica. Qualquer uma das modalidades apresenta efeitos na redução da ansiedade da criança, ao contrário da não presença dos pais (Hussain & Khan, 2016).

Também existem autores que defendem que crianças/jovens com problemas comportamentais, atrasos no desenvolvimento ou que sejam submetidos a intervenções cirúrgicas e procedimentos recorrentemente, a presença dos pais durante a indução anestésica revela-se também benéfica quer para eles próprios, como para os seus pais como para a própria equipa (Chundamala, Wright, & Kemp, 2009).

Chundamala, Wright, & Kemp, (2009) afirmam de acordo com uma diretriz baseada na experiência, que os pais antes do dia da cirurgia deverão ser informados sobre as diferentes opções de indução anestésica possíveis, deverá ser elegível quem fará o acompanhamento e quem expressa o desejo de estar presente. Aos pais que manifestam o desejo de estarem presentes deverão receber ensinamentos, isto é, serem educados sobre o que esperar e como podem ser úteis durante a indução. No dia da cirurgia, os pais que pretendem estar presentes durante a indução anestésica, poderão concretizar esse desejo, se todas as condições se reunirem, no entanto, a decisão final cabe ao médico anestesista.

Para a Enfermagem Perioperatória a preparação e o acompanhamento dos pais ou pessoa significativa são um foco importante, ou seja, uma área de atuação dos enfermeiros de forma a prestar cuidados de excelência, centrados na pessoa e na família que promovam o bem-estar e a dignidade humana. Na mesma linha de pensamento, a presença dos pais também traz associado consigo benefícios, não só na redução da ansiedade das crianças, mas também na redução da ansiedade pós-operatória dos pais (Sun, et al., 2017). Também existem autores que defendem que apenas crianças com mais de 4 anos de idade e com personalidade mais calma, beneficiam da presença dos pais no BO, ou seja, defendem que crianças com baixa ansiedade é que beneficiam da presença dos pais na indução anestésica (Kain, et al., 2006).

A Enfermagem Perioperatória deve centrar os seus cuidados na família, neste caso das crianças/jovens, pois a presença dos pais durante a indução anestésica assume um papel importante na redução da ansiedade. A sua presença assume-se como um meio importante para centrar os cuidados na família. O possibilitar a presença dos pais durante a indução anestésica assume-se como uma intervenção dos cuidados perioperatórios, com capacidade para diminuir a ansiedade e stress, promovendo a segurança, o respeito e o bem-estar e ainda promove o desenvolvimento da criança e facilita experiências futuras (Antunes & Diogo, 2017). Apesar de existirem poucos estudos que comprovem que a presença dos pais diminui a ansiedade sem medicação pré-anestésica. Porém também

defendem que cada criança apresenta o seu estágio de desenvolvimento e age e reage de forma diferente (Scully, 2012).

Desta forma, a família para a criança e para equipa é um importante colaborador porque através da presença dos pais/pessoa significativa durante a indução anestésica é possível retirar todos os benéficos daí resultantes tanto para os pais como para as crianças/jovens e toda a equipa.

1.3 Padrões de Qualidade de Enfermagem

O enquadramento conceptual de Enfermagem assenta em quatro conceitos que são: Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. A Pessoa é tida em conta como um ser único com dignidade e autodeterminação, social, com crenças e valores e em constante interação com o Ambiente. Todos os comportamentos são influenciados pelo ambiente onde se encontra. O Ambiente por sua vez, caracteriza-se pelo espaço onde a Pessoa vive e se desenvolve, sendo constituído por diversos componentes, *“humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais”* que regulam e exercem influência sobre os estilos de vida e influenciam a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.9).

A Saúde enquanto conceito é tida como um estado em que cada indivíduo procura a ausência de sofrimento; o bem-estar; conforto a nível cultural, espiritual e emocional, tratando-se assim de um estado subjetivo, pois depende da representação mental de cada indivíduo. Por último, temos os Cuidados de Enfermagem, que dizem respeito ao exercício profissional dos enfermeiros. O exercício profissional dos Enfermeiros centra-se essencialmente *“na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.10).

Assim sendo, quer os enfermeiros como os indivíduos a quem são prestados cuidados apresentam diferentes culturas, crenças, valores, influenciados pelo ambiente em que se desenvolvem. Porém os enfermeiros distinguem-se pela experiência e formação que lhe permitem compreender e respeitar os outros de uma forma multicultural, isto é, não emitindo juízos de valores sobre a pessoa submetida aos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros também apresentam capacidade de tomada de decisão, pois possuem um exercício profissional autónomo. Nesse processo de tomada de decisão os enfermeiros

identificam situações, ou seja, necessidades de cuidados de enfermagem junto de indivíduo, famílias ou comunidades. Após a identificação das necessidades devem delinear intervenções de enfermagem de forma a *“evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar problemas reais identificados.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.12).

Na base dos Cuidados de Enfermagem ainda se encontra a relação terapêutica, que consiste no estabelecimento de uma parceria, onde existe respeito pelas capacidades e valorização dos indivíduos. Esta parceria deve ser desenvolvida envolvendo as pessoas significativas do indivíduo sejam elas a família ou conveniente significativo. Assim os Cuidados de Enfermagem procuram que ao longo do ciclo de vida dos indivíduos se procure *“prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.11).

Assim os Enfermeiros apresentam consciência que para uma boa prática de qualidade de Enfermagem são necessários bons cuidados e que os mesmos exigem adaptação às exigências de cada pessoa, o que solicita *“sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.13).

Desta forma, os quatro conceitos conceptuais são a base a partir da qual surgiram os enunciados descritivos de qualidade em Enfermagem. Estes apresentam como objetivo esclarecer e abranger todos os diferentes aspetos do mandato social da profissão de Enfermagem. Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem são um *“instrumento importante que ajuda a precisar o papel do enfermeiro juntos dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes.”* (Bednar, (1993) citado por Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.11).

Todavia foram definidas seis categorias de enunciados descritivos que são:

- Satisfação dos clientes;
- Promoção da saúde;
- Prevenção de complicações;

- Bem-estar e autocuidado dos clientes;
- Readaptação funcional;
- Organização dos serviços de enfermagem.

Com o Despacho n.º 6668/2017, afirma que o suporte emocional, neste caso, pelos pais ou pessoa que os substitua permite reduzir a ansiedade e da mesma forma trata-se de humanização dos cuidados. Esta problemática revela-se importante pois permite a satisfação do cliente, o seu bem-estar e autocuidado e ainda a promoção da saúde, o que dá resposta aos enunciados descritivos emanados pela Ordem dos Enfermeiros.

No que concerne ao enunciado descritivo de bem-estar e autocuidado o enfermeiro deverá maximizar o bem-estar dos clientes e ainda complementar as atividades de vida às quais o cliente é dependente. Por outro lado, na promoção da saúde, os enfermeiros deverão ajudar os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, através da transmissão de informação gerado de aprendizagem, identificação da situação de saúde e dos recursos do cliente e da família ou mesmo comunidade e aproveitar as oportunidades para promover estilos de vida saudáveis.

Por último enunciado descritivo, e talvez o que consideramos que dá resposta totalmente à presença dos pais/pessoa significativa no intra-operatório, temos a satisfação do cliente. Neste enunciado o enfermeiro deverá procurar os mais elevados níveis de satisfação dos clientes relacionado com a prestação de cuidados de enfermagem, através do respeito pelas capacidades, crenças, valores e os desejos de cada cliente, através da procura constante de empatia na interação com o cliente, criar parcerias com o cliente no planeamento dos cuidados, minimizar o impacto negativo no cliente potencializado pelas mudanças de ambiente forçadas pelo processo de assistência de saúde e ainda garantir o envolvimento de pessoas significativas, como os pais ou pessoa significativa, do cliente individual no processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Tendo em conta estes enunciados descritivos, os enfermeiros garantem a humanização e qualidade dos cuidados de enfermagem pois têm o dever legal e ético de colaborar em decisões de várias naturezas como: organizacionais, promoção da saúde e ainda delinear intervenções adequadas de forma a preparar a criança/jovem e família para a cirurgia, promovendo assim a qualidade dos cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.22). Assim os padrões de qualidade em Enfermagem são importantes de forma a nortear

os cuidados de enfermagem tendo em vista a excelência dos cuidados prestados, isto é, que os cuidados de enfermagem deem respostas aos enunciados descritivos promovendo assim a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

1.4 Referencial Teórico de Enfermagem Perioperatória: Jean Watson

A Enfermagem Perioperatória é uma área de cuidados muito complexa e diferenciada, vista muitas vezes como uma área de cuidados muito técnica e prática. No entanto, os enfermeiros perioperatórios, nomeadamente no intra-operatório, isto é, no BO, devem identificar as diversas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais do doente e de sua família (AESOP, 2006). Desta forma consideramos que o referencial teórico de Enfermagem Perioperatória que se relaciona mais com a nossa problemática em estudo, a presença dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica, e com os cuidados de enfermagem prestados, é Jean Watson.

Jean Watson, (2002) assume um papel importante pois afirma que a Enfermagem e os cuidados de saúde de qualidade exigem respeito pelo ser humano. O cuidar de famílias e grupos é algo fulcral para a enfermagem, essencialmente pelo compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro. Na mesma linha de pensamento, Jean Watson continua a defender que o principal enfoque da enfermagem deve derivar de uma perspetiva humanística e de uma base sólida de conhecimentos científicos. A mesma defende que é necessário uma visão do mundo alargada e pensamento crítico para colocar em prática a ciência do cuidar, o que por sua vez, dá mais ênfase à promoção da saúde do que à cura da doença. Este sistema de cuidado segundo Watson encontra-se ameaçado devido às inúmeras tarefas e aos avanços tecnológicos.

A sua teoria é composta por sete pressupostos que incidem sobre a ciência do cuidado. Os sete pressupostos são que o cuidado pode ser apresentado e praticado interpessoalmente, que o cuidado consiste na satisfação de determinadas necessidades humanas, que o cuidado promove a saúde e o crescimento individual e familiar, e que as respostas aos cuidados aceitam a pessoa como ela é no presente como poderá vir a ser no futuro. Ainda como pressupostos, o ambiente do cuidado também assume um papel importante pois permite oferecer e desenvolver o potencial, pois permite que a pessoa escolha a melhor ação para si mesma em determinado momento; a prática do cuidado integra o conhecimento biofísico e do comportamento humano de forma a promover a

saúde e proporcionar atendimento aos que se encontram doentes e que a ciência do cuidado é essencial para a Enfermagem.

A teoria de Jean Watson, que é a ciência do cuidado é sustentada essencialmente por um sistema de valores humanístico bem frisado, como se pode observar pelos seus sete pressupostos, que de uma forma geral assume a ciência do cuidado como algo muito importante, crucial para o cuidar em enfermagem e promotor da saúde quer a nível individual como familiar. Entre os anos de 1985 -1988, Watson defendeu que o cuidado em enfermagem é o *“atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, apesar de ter recebido, ao longo do tempo, menos ênfase do que os outros aspectos da prática de enfermagem.”* (George, 2000, p.254). Ainda na sua teoria o cuidado é tido em conta como a essência da Enfermagem em que existe reciprocidade entre a enfermeira e a pessoa e a enfermeira participa com a pessoa. O cuidado, ainda permite ajudar a pessoa a obter controle, isto é, a tornar-se versátil de forma a promover as modificações na sua saúde.

No seu sistema humanístico de valores, Watson dá grande relevo à autonomia, liberdade de escolha o que leva ao autoconhecimento e autocontrolo do indivíduo. No que concerne, ainda à ciência do cuidado, encontra-se desenvolvida sobre dez fatores de cuidados, os quais se destacam a formação de um sistema de valores humanístico-altruísta, a estimulação da fé-esperança, o cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros, o desenvolvimento do relacionamento de ajuda e confiança, o promover e aceitar a expressão de sentimentos negativos e positivos, o uso do método científico para a resolução dos problemas e para a tomada de decisão, a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal, o capacitar um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e corretivo, o auxiliar nas necessidades humanas e aceitar as forças existenciais fenomenológicas.

No que concerne ao primeiro fator de cuidado que é a formação de um sistema de valores humanístico-altruísta, Jean Watson, defende que este começa com o início do desenvolvimento quando existe a partilha de valores ainda com os pais. No entanto, este sistema vai sendo construído ao longo do tempo e sofrendo a influência das experiências, do conhecimento adquirido e ainda da exposição ao que é humano. Este ainda pode ser desenvolvido através das crenças, interações com várias culturas e experiências de crescimento pessoal, sendo necessárias para a maturidade da própria enfermeira que posteriormente desenvolve o comportamento altruísta para os outros. Outro dos fatores

de cuidado é a fé-esperança, que não é apenas essencial para situações de cuidados paliativos, mas também para cuidados com vista a cura. Neste as enfermeiras precisam de transcender o impulso de aceitar apenas a medicina ocidental e buscar alternativas, muitas vezes no aspeto espiritual. Este usa-se quando a ciência moderna não consegue oferecer mais nada, e assim a fé-esperança consegue ainda oferecer uma sensação de bem-estar. Quanto ao cultivo da sensibilidade para si e para os outros, é pedido que a enfermeira desenvolva os próprios sentimentos e lute para aumentar a sua sensibilidade de forma a se tornar mais autêntica na relação com o outro, e assim, consiga promover a saúde e um alto nível de funcionamento. Todos os outros fatores de cuidados, derivam dos três primeiros fatores de cuidados, aqui citados. O fator de cuidado que corresponde ao estabelecimento de um relacionamento de ajuda-confiança, encontra-se relacionado com o modo de comunicação que deve favorecer uma relação harmônica e cuidadosa. De forma a estabelecer esta relação de ajuda e confiança são necessários: congruência, empatia e calor. O que exige que as enfermeiras sejam autênticas nos seus relacionamentos, ajam de forma franca e honesta, entrem em sintonia com os sentimentos dos clientes e aceitem os outros de forma positiva, que se expressa pelo toque, tom de voz, linguagem corporal. Relativamente à expressão de sentimentos positivos e negativos é um fator de cuidado que permite melhorar a comunicação da pessoa. Por outro lado, no fator de cuidado sobre o uso do método científico para encontrar soluções e tomar decisões, Jean Watson defende que o método científico é fulcral para a enfermagem pois permite controlar, prever e autocorrigir, no entanto também defende a natureza relativa da enfermagem. O fator cuidado, que consiste na promoção do ensino-aprendizagem, permite à pessoa um controle maior sobre a sua própria saúde pois são fornecidas as informações como as alternativas. Aqui a enfermeira dá enfoque no processo de aprendizagem e no de ensino de forma a individualizar a informação a ser transmitida.

Quanto aos fatores do ambiente, mental, físico, sociocultural e espiritual é usado pelos enfermeiros de forma a promover a saúde, restaurá-la ou mesmo a prevenir a doença. Neste a enfermeira procura prestar apoio, proteção para promover o bem-estar físico e mental de cada indivíduo. No fator de auxílio das necessidades humanas básicas, Jean Watson criou um sistema que a mesma considera importante para a ciência do cuidado em enfermagem. Esse sistema denomina-se: Ordem das necessidades de Watson.

Este sistema divide-se em diferentes necessidades. A necessidade de ordem inferior corresponde às necessidades biofísicas, as necessidades de alimento e líquido, eliminação

e ventilação, ou seja, as necessidades de sobrevivência. Outras necessidades de ordem inferior são as necessidades psicofísicas como as necessidades de atitude, sexualidade que são as necessidades funcionais. Na mesma sequência, as necessidades de ordem superior são as psicossociais, as necessidades de aquisição e afiliação que são as necessidades integradoras. Nas necessidades de ordem superior ainda temos as intrapessoais e interpessoais e a necessidade de atualização, que são as necessidades de busca de conhecimento. Assim o ser humano tem necessidades inferiores que são as necessidades de sobrevivência e as necessidades funcionais, e por outro lado, necessidades superiores que são as necessidades integradoras e as necessidades de busca de conhecimento.

O estabelecimento das necessidades hierárquicas de Jean Watson permite sempre considerar a pessoa no seu processo global, e cada necessidade é vista pelo contexto de outras, e todas são valorizadas.

Quanto ao último fator de cuidado a existência de fatores fenomenológicos diz respeito à forma de compreender as coisas incluindo a existência humana. Na enfermagem este é importante porque ajuda a enfermeira a dar significado à vida e dar significado a eventos difíceis (George, 2000).

A Teoria de Jean Watson refere-se ao Ser Humano como um ser valorizado, cuidado e respeitado, ou seja, é um ser maior que a soma das partes. Por outro lado, a Saúde é tida como um estado positivo onde perdura o bem-estar físico, mental e social e ainda um alto nível de funcionamento a nível físico, mental e social, a adaptação e manutenção do funcionamento diário, e ainda, por último, a ausência de doença ou os esforços que levam à sua ausência. Defende ainda que um dos fatores que afeta a saúde é o stress ou atividades ligadas ao stress e ainda os estilos de vida, as condições sociais e o ambiente. No que se relaciona ao Ambiente/sociedade, esta fornece informações de como a pessoa se deve comportar. Cada pessoa tem necessidade de pertencer à sociedade como um todo. Por último temos a Enfermagem, em que a sua preocupação é a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado ao doente e ainda a restauração da saúde. A meta da enfermagem através do processo do cuidado é ajudar as pessoas a atingirem um grau alto de harmonia de forma a promover o autoconhecimento (George, 2000).

Desta forma, consideramos que Jean Watson é a teórica de enfermagem que melhor dá resposta e relaciona-se com a problemática estudada, a presença dos pais/pessoa

significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica e ainda dos cuidados de enfermagem perioperatórios. A presença dos pais além de trazer benefícios para os pais ou pessoa significativa, crianças/jovens e equipa de saúde, é acima de tudo, o acompanhamento dos mesmos, uma forma de humanizar os cuidados prestados aquelas crianças/jovens em situação perioperatória, bem como uma forma de respeito pelo outro e pela vida tal como refere Watson (2002) que cuidar requisita uma elevada consideração e reverência pela vida humana e pela pessoa, de forma a promover a proteção da dignidade humana e a preservação da humanidade.

Os Enfermeiros ao prestarem cuidados tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar dos doentes, mas não só, pois *“Cuidar é o ideal (...) da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana.”* (Watson, 2002, p.55).

Por outro lado, a teórica também reconhece como importante as relações humanas, o interesse pela saúde, promoção da saúde e bem-estar. Deste modo, a enfermagem apresenta um papel preponderante pois a sua base é o cuidar. A sua contribuição social assenta no seu compromisso moral para cuidar, o que traz consigo um contributo humanístico e científico no campo das ciências humanas e da saúde (Watson, 2002).

“A Enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro.” (Watson, 2002, p.61)

Em suma, a Teoria de Watson, centra-se no Cuidar do outro, o que na nossa perspetiva é uma forma de humanização e relaciona-se com todo o trabalho desenvolvido durante este percurso na metodologia de projeto, uma vez que, assegurar o acompanhamento dos pais ou pessoa significativa permite criar um espaço de conforto num ambiente diferente, hostil para a criança/jovem. E assim desta forma contribuirá para melhorar a experiência cirúrgica das crianças/jovens em situação perioperatória, o que permite uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a humanização dos cuidados. Trata-se da função do Enfermeiro Perioperatório identificar todas as

necessidades físicas, psicológicas e sociais do indivíduo de forma a restabelecer ou conservar a saúde e bem-estar (AORN (1978) citado por AESOP,2006). Assim faz parte das funções do enfermeiro perioperatório assegurar que esta necessidade das crianças/jovens seja assegurada de forma a humanizar os cuidados aos mesmos e a suas famílias promovendo sempre a proteção da dignidade humana e os cuidados humanizados.

No mesmo sentido consideramos que a Teórica de Enfermagem Jean Watson se adequa à problemática a estudar porque nos seus pressupostos defende que a ciência do cuidado, que se relaciona no respeito pelo outro e pelos cuidados humanizados é essencial para a Enfermagem. Também porque defende a satisfação de determinadas necessidades humanas, o que de acordo com a nossa problemática, considera-se uma necessidade por parte das crianças/jovens de terem junto de si os seus pais ou pessoa significativa, e o que por sua vez irá promover a saúde, porque diminui o stress e a ansiedade, o que também vai ao encontro a um dos pressupostos de Jean Watson, o de que o cuidado promove a saúde e o crescimento individual e familiar. Da mesma forma, justificamos porque a teórica defende que o ambiente do cuidado é essencial para que a pessoa escolha para si a melhor ação, o que se torna importante para a problemática, porque ao criarmos um ambiente propício para as crianças/jovens, estas encontram-se mais confortáveis e seguras. A promoção da segurança, o respeito e o bem-estar são efeitos que a presença dos pais durante a indução anestésica permite, no entanto, também Watson (2002) defende que a Enfermagem tem um papel crucial no cuidado a famílias e nos cuidados de qualidade, que exigem respeito pelo ser humano.

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NOS TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica caracteriza-se por uma *“atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes.”* (Martins, 2008, p. 62). A mesma exige que aliada consigo estejam sempre valores como a verdade, rigor, isenção, persistência e humildade, o que é ponto assente para os trabalhos de investigação em Enfermagem.

A Ética nos trabalhos de investigação também se tem revelado um meio muito importante, apesar de muitas vezes não ter o devido valor. Em Enfermagem o alvo das investigações é o Ser Humano e as respostas às situações de saúde e doença, pelo que se torna fundamental o uso da Ética de forma a regulamentar e a verificar a investigação (Martins, 2008). Assim, a Ética abrange todas as etapas do processo de investigação, isto é, desde o início ao fim de um estudo, onde se engloba a pertinência do problema, a escolha da metodologia, os instrumentos e processo de colheita de dados, o desenvolvimento de conhecimento e ainda a divulgação dos resultados. Contudo, apesar da escolha do caminho de investigação, existem princípios gerais na investigação em Enfermagem, que devem ser respeitados porque realizar investigação em saúde, nomeadamente em Enfermagem, implica muitas vezes estudar populações vulneráveis.

Desta forma a investigação em Enfermagem deve seguir o seu percurso alicerçada em seis princípios éticos fundamentais como: a beneficência, que consiste em fazer o bem para os participantes como para a sociedade, o que salvaguarda o primado da pessoa humana; a não maleficência, que consiste em não causar dano aos outros o que obriga a avaliação dos riscos possíveis e previsíveis; a fidelidade que é o estabelecimento de confiança entre o investigador e o participante do estudo; a justiça que tem haver com o agir com equidade não beneficiar uns em detrimento de outros; a veracidade que consiste em dizer a verdade informando sobre os riscos e benefícios e onde se encontra o consentimento livre e esclarecido, e por último, a confidencialidade que diz respeito ao guardar as informações de carácter pessoal (Nunes, 2013).

Na mesma linha de pensamento, urge elucidar que os participantes no estudo têm o direito de conhecimento pleno, a autodeterminação, intimidade, anonimato e à

confidencialidade. No decurso do trabalho de investigação é também necessário o respeito pela Ética. Na formulação do problema é necessário ser “*claro, preciso, objetivo e delimitado, portanto passível de estudo e solução.*” (Nunes, 2013, p.10). Ou seja, na definição do problema tem que ser respeitada a finalidade da pesquisa e que seja uma problemática abordável e coerente.

No que concerne à revisão da literatura, esta deve evidenciar o Estado da Arte e onde deve ser mantido com imenso rigor o princípio da integridade académica como o respeito pelo autor, citações, referências entre outras. Quando existe participação da população e amostra, devem ser garantidos o consentimento livre e esclarecido. Por outro lado, na colheita de dados estes devem ser tratados mantendo o anonimato dos participantes e garantido a confidencialidade das fontes, o que por sua vez, deve ser uma garantia durante todo o processo de investigação. Na colheita dos dados e conclusões, os mesmos, devem ser tratados e analisados com rigor. Por último, a divulgação dos resultados é parte integrante do processo de investigação, no entanto não deverá causar dano a qualquer investigado e igualmente a instituição não deverá ser identificada. A divulgação poderá ser realizada em “*reuniões, conferências, apresentação em evento científico, poster, comunicação oral, folheto, flyers, artigos em revistas científicas e ficheiros disponíveis na internet, ou em repositório.*” (Nunes, 2013, p. 12).

Assim, assumimos que o trabalho desenvolvido garante os princípios éticos e se encontra de acordo com as recomendações para os trabalhos de investigação em Enfermagem. É de salientar que não existiu recolha de informação junto dos pais/pessoa significativa e de crianças/jovens. Apesar de o trabalho incidir sobre os mesmos não foi realizado colheita de informação. Apenas foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem do BO, e onde a confidencialidade e o anonimato encontravam-se garantidos.

3. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O desenvolvimento de competências e a aquisição de conhecimentos nas diferentes funções da Enfermagem Perioperatória são fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade, assegurando sempre um ambiente seguro e uma abordagem holística do doente. Assim a Enfermagem Perioperatória, revela um conjunto de conhecimentos técnico-científicos utilizados pelo enfermeiro perioperatório enquanto cuida de um doente em sala de operações. Desta forma revela-se importante o Estágio pois permite desenvolver competências ao nível do saber, do saber fazer e do saber ser e estar em Enfermagem Perioperatória e assim proporcionar outra dimensão do cuidar (AESOP, 2006). O Estágio permite estimular atitudes críticas e construtivas, estabelecer uma ponte entre a teoria e a prática, vivenciar experiências importantes que permitem o desenvolvimento pessoal e profissional, ou seja, construir saberes e práticas e refletir sobre a prática (Ribeiro & Araújo, 2017). Na mesma linha de pensamento permite também fomentar o trabalho em equipa, a aprendizagem com novas situações e desenvolver a capacidade para resolução de problemas e pensamento criativo, no qual o estágio assumiu um papel preponderante no que diz respeito às relações interorganizacionais, das contradições, conflitos, relações de poder, das mudanças de contexto de trabalho, de questões políticas, da gestão de diversos contornos dos aspetos organizacionais, e ainda a aprendizagem e a formação fornecida (Macedo, 2013, p.50).

3.1 Caraterização do local de Estágio

Assim o nosso percurso de estágio decorreu num Bloco Operatório de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, fundado em 1959, e que apresenta mais de 30 valências clínicas. Apresenta como valores fundamentais: o serviço público, justiça, imparcialidade, isenção, igualdade, responsabilidade, lealdade, integridade, competência, confidencialidade, segredo profissional, promoção da higiene e segurança no trabalho, eficiência na utilização de recursos humanos e proteção do ambiente.

No que se refere ao Bloco Operatório tem como principal função a realização de intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, bem como alguns procedimentos que

necessitam de elevado nível de assepsia e anestesia. Encontra-se localizado no Piso 1, numa área isolada de circulação geral do restante hospital, mas acessível ao Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos, Central de Esterilização, Internamentos e outros serviços de apoio. É composto por três circuitos com diferentes áreas de acesso para doentes, profissionais e material. Relativamente à estrutura física, o Bloco Operatório é composto por 3 corredores. O corredor central é o que constitui a zona operatória, o corredor da direita é o utilizado pelos profissionais de saúde e materiais limpos. O corredor à esquerda é o utilizado para o circuito de sujos. No corredor central, partindo do *transfer*, de onde os doentes entram, do lado esquerdo encontram-se as suites operatórias e do lado direito os arsenais de materiais e gabinetes. Em termos de gabinetes é constituído por um gabinete de registos médicos onde estão disponíveis dois computadores para realização de registos e consultas de processos clínicos, conforme a necessidade. A seguir a este gabinete encontra-se o gabinete do Secretariado do serviço, onde exerce funções uma administrativa. Ao lado deste apresenta-se o gabinete de Gestão e o gabinete da Direção. Ainda no corredor de entrada, situa-se o serviço de Anestesia.

Também é constituído por uma Biblioteca onde é possível o recurso a diversa literatura sobre as mais variadas temáticas e onde se realizam as reuniões de serviço e formações pela equipa de enfermagem. O Bloco Operatório, ainda é constituído por uma sala de pausa para os profissionais, esta caracteriza-se por apresentar janelas que permitem a visualização do exterior.

É constituído por cinco salas operatórias, sendo que 4 destas são munidas de material estéril de apoio, sala de pré-anestesia e sala de desinfeção cirúrgica. Ainda é composto pela UCPA que é uma unidade de cuidados intermédios, composta apenas por cinco camas com capacidade para monitorização, que se encontra em funcionamento de segunda a sexta-feira das 08:00-23:00 horas. Relativamente às salas operatórias, estas dispõem de cinco portas para entrada e saída do doente, profissionais de saúde, material estéril e material sujo.

No que diz respeito aos recursos humanos, o Bloco Operatório é composto por uma equipa de enfermagem de 45 Enfermeiros, em que uma parte assegura o trabalho de cirurgia eletiva das 08:00- 16:00 horas e a outra parte o trabalho de urgência no Bloco das 16:00- 08:00 horas. A Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos é composta por enfermeiros no horário das 08:00- 23:00 horas. A equipa de enfermagem é organizada por áreas cirúrgicas: Cirurgia Geral (incluindo Cirurgia Pediátrica), Ortopedia,

Ginecologia, Urologia, Senologia e Especialidades Cirúrgicas (Oftalmologia, Otorrino e Cirurgia Plástica), de forma a criar profissionais de referência em cada área de especialidade. Da sua composição também faz parte uma equipa de 19 assistentes operacionais que asseguram o trabalho de cirurgia eletiva e de urgência.

A presença de crianças/jovens no Bloco Operatório é essencialmente na especialidade de Otorrino que decorre à segunda e quarta-feira. A cirurgia pediátrica é realizada de 8/8 semanas. No entanto, por vezes existem também crianças e jovens no Bloco Operatório na especialidade de Ortopedia, em cirurgia programada ou em cirurgia de urgência com situações de traumatologia. Nos dias em que existem crianças no Bloco Operatório é colocado um vídeo sobre o Bloco Operatório a decorrer no exterior deste, onde também são colocadas umas cadeiras para os pais ou pessoa significativa esperarem pelo fim da cirurgia. Podem acompanhar as crianças/jovens à entrada no Bloco Operatório, até à indução anestésica e na UCPA. Depois da UCPA as crianças/jovens são transferidas para o serviço de origem acompanhados por um Enfermeiro para o internamento de Pediatria e pelos pais/pessoa significativa.

3.2 Metodologia de Projeto

A Metodologia do trabalho de Projeto consiste num trabalho orientado para a resolução de problemas, em que se revela crucial a participação do seu autor com vista a realização de um trabalho decidido, planificado e organizado “*A Metodologia de Projecto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.*” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.2). Desta forma, o trabalho de projeto para fomentar aprendizagens deve caracterizar-se por: intencionalidade, responsabilidade, autonomia, autenticidade, complexidade e criatividade. Este permite partir do concreto e de determinadas realidades, promovendo a mobilização de saberes científicos de forma a compreender a realidade e abordar problemas do quotidiano. Assim a Metodologia de Projeto é composta por várias fases como: Diagnóstico de Situação, Planeamento das Atividades, Meios e

Estratégias, Execução das atividades planeadas, Avaliação e Divulgação (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

3.3 Projeto de Intervenção

A problemática de investigação surge quando nos deparamos nos contextos clínicos e práticos e identificamos um problema na nossa prestação de cuidados. Para que este se desenvolva de forma positiva é necessário possuir alguns requisitos, como o ser real e concreto, reunir condições para o estudo, claro e perceptível, relevante para prática e teoria. Desta forma baseamo-nos na Metodologia de Projeto, de forma a desenvolver este Projeto de Intervenção. Esta permite a resolução de problemas e consegue-se através da mesma, desenvolver capacidades e competências para construir e desenvolver projetos em situação real (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). O Projeto de Intervenção que abordamos neste trabalho encontra-se relacionado com a presença dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica tendo em conta o Decreto-Lei n.º 6668/2017 de 2 agosto (APÊNDICE XII).

3.4 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação revela-se como a primeira etapa da Metodologia de Projeto. É uma etapa que se caracteriza pelo seu dinamismo, pois a caracterização da situação é contínua, pois necessita de atualizações constantes. Por outro lado, é importante que o mesmo seja realizado de forma rápida para que possibilite uma ação em tempo útil e suficientemente aprofundado para permitir implementar medidas com capacidade resolutive. Desta forma, o diagnóstico de situação tem um papel importante, pois permite justificar as atividades a serem realizadas e permite comparações no momento da avaliação. Assim no diagnóstico de situação é onde se definem os problemas quantitativamente e qualitativamente, onde se estabelece as prioridades e se indicam as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos. É uma etapa que envolve a recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa nunca descurando o aprofundamento desejado (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Ainda durante a fase de diagnóstico de situação, é relevante definir o Problema, que consiste desde o início do percurso na elaboração de um trabalho de projeto, que se caracteriza por identificar, descrever e estabelecer as diferentes relações entre as variáveis, avaliar a pertinência e definir o objetivo (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Para a definição do problema existem algumas estratégias que poderão ser adotadas como: teorias, observação direta, investigações anteriores, o que por sua vez, permitem poupar tempo e são assuntos interessantes e revelam-se fundamentais para a área. No mesmo sentido, as bases de dados ou sugestões também são formas pertinentes de identificação de problemas. Almeida e Freire (2007) citado por Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010) afirmam que um dos aspetos relevantes na etapa de definição do problema, é a qualidade e pertinência do problema, e para tal é necessário que o problema possua características como: ser concreto e real, apresentar condições para o estudo, ser pensado através de uma hipótese científica, ser relevante para a teoria ou prática e ser claro para os outros.

No que diz respeito aos instrumentos de diagnóstico, vários poderão ser adotados para esta fase da metodologia de projeto, os mais *“utilizados na prática clínica são: a entrevista, o questionário, bem como métodos de análise da situação, nomeadamente a análise SWOT (a mais comum), Cadeia de Valores, FMEA E Stream Analysis”* (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 13).

Assim, para o diagnóstico de situação, do trabalho de projeto que desenvolvemos, foram utilizados dois instrumentos de diagnóstico: a entrevista semiestruturada e a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem do Bloco Operatório. Quanto à entrevista, foi realizada uma entrevista semiestruturada à Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, sobre as necessidades do serviço (APÊNDICE I). A vantagem da entrevista é que esta permite adaptar-se, pois um entrevistador com habilidades consegue explorar ideias, respostas, sentimentos, algo que o inquérito nunca permitirá. Também a forma como cada resposta é dada, ou seja, o tom de voz, a expressão facial utilizada, a hesitação, entre outros, também fornece informações importantes que uma resposta escrita nunca permitiria. Assim na entrevista as respostas podem ser desenvolvidas e clarificadas (Bell, 1997).

As diferentes formas e os métodos de entrevista, distinguem-se pela aplicação de processos de comunicação e interação humanas, sendo assim fulcrais (Campenhoudt,

1998). Estes processos permitem ao investigador retirar das entrevistas realizadas informações e reflexões muito ricas. Assim, na entrevista semiestruturada realizada à Enfermeira Chefe e à Enfermeira Orientadora, estas afirmaram que o Despacho n.º 6668/2017, publicado em Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2017-08-02 (ANEXO I), que assegura como direito o acompanhamento das crianças ou jovens com idade inferior a 18 anos, pelos pais ou pessoa que os substitua no momento da indução anestésica e durante o recobro cirúrgico, trouxe algumas alterações para as quais não se encontravam preparados. Com isto, o Bloco Operatório não apresenta as condições estruturais para garantir este acompanhamento, e que muitos pais/pessoa significativa não apresentam conhecimento deste direito ou apresentam receios/medos de entrar no serviço, tal como afirmou a Enfermeira Chefe e Orientadora na entrevista realizada. No entanto, ao longo do estágio também nos foi possível constatar o afirmado pela Enfermeira Chefe e pela Enfermeira Orientadora, e de facto, o serviço não apresenta as condições físicas adequadas para a promoção do acompanhamento/presença dos pais/pessoa significativa no BO, até à indução anestésica e ainda a grande maioria dos pais/pessoa significativa não apresentam conhecimento sobre esta modalidade e tem muitos receios.

No mesmo sentido e de forma a validar a necessidade do serviço foi elaborado um questionário para aplicar à equipa de Enfermagem do BO de forma a avaliar a pertinência desta problemática (APENDICE II). É importante que o questionário apresente uma estruturação cuidada de forma a não perder o seu impacto e estimular os inquiridos a responder. Também é fulcral frisar que os questionários deverão explicar os objetivos do estudo e devem ser entregues de forma pessoal e preenchidos na mesma altura, de forma a diminuir a probabilidade de não obter respostas (Bell, 1997).

Do questionário aplicado, de uma forma global, podemos concluir que a equipa de Enfermagem do Bloco Operatório tem conhecimento do Despacho n.º 6668/2017 e que consideram esta medida legislativa importante, reconhecendo os benefícios para a criança/jovem do acompanhamento dos pais/pessoa significativa. Da mesma forma, a equipa considera que acompanhamento é importante, quer até à indução anestésica como na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), e ainda consideram, que o maior constrangimento são: as condições físicas, no circuito dos pais/ pessoa que os substitua e ainda na ansiedade, falta de preparação, desconhecimento do que é um Bloco Operatório. Ainda consideram que apresentam necessidades de formação/esclarecimentos sobre a temática, como se pode observar nos gráficos presentes no APÊNDICE III.

Assim este Projeto de intervenção em serviço na temática do acompanhamento dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica revela-se importante, pois além da Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora o reconhecerem como uma necessidade, também a equipa de Enfermagem o evidencia através dos questionários aplicados. Esta problemática também tem sido alvo de escrutínio pela comunicação social nos últimos tempos, o que também revela ser uma situação nova e atual (ANEXO II).

Com o desenvolvimento deste Projeto, temos como objetivos:

- Contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica da criança/jovem em situação Perioperatória, nomeadamente no Intraoperatório.

De forma a atingir o objetivo geral, supracitado, temos como objetivos específicos os seguintes:

- Elaborar um artigo científico sobre a presença dos pais/pessoa significativa das crianças/jovens na indução anestésica;
- Elaborar um Guia Informativo dirigido aos pais/pessoa significativa sobre o circuito da criança/jovem na experiência cirúrgica;
- Apresentar uma proposta de revisão à Lista de Verificação Pré-Operatória da criança/jovem do hospital;
- Elaborar proposta de Norma de Procedimento sobre acolhimento aos pais/pessoa significativa da criança/jovem no Bloco Operatório;
- Realizar sessão formativa à equipa de enfermagem sobre a importância do acompanhamento dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório.

3.5 Planeamento

O planeamento corresponde à terceira fase da Metodologia de Projeto, que segundo Miguel (2006) citado por Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010) é o momento em que se realiza um plano pormenorizado sobre a calendarização de todas as atividades, os recursos necessários, os riscos e a qualidade. É nesta que se procede ao esboço de todo o projeto incluindo os recursos necessários, bem como todas as limitações, o percurso de pesquisa

e ainda o respetivo cronograma. Nesta fase do planeamento foi decidido que para atingir o objetivo do geral deste Projeto de intervenção em serviço, revela-se importante a realização de pesquisa bibliográfica, nomeadamente através da realização de um artigo científico, Revisão Integrativa da Literatura, e de um Estágio de Observação num Hospital da região da grande Lisboa (Hospital A) em outubro de 2018, nomeadamente a 18 e 23 de outubro de 2018 de forma a sustentar todas as atividades/ estratégias a desenvolver.

Procedemos à realização de um Cronograma de Atividades de Projeto (APÊNDICE IV) de forma a ser-nos mais fácil a organização de todo o trabalho de forma a conseguirmos concluir o projeto em tempo útil, pois *“o desenvolvimento do cronograma do projecto, pode ser um processo interactivo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respectivas actividades a desenvolver durante o projecto.”* (Miguel, (2006) citado Ruivo, Ferrito, & Nunes, (2010), p.20). Este cronograma demonstra todo o percurso realizado até à finalização deste trabalho de projeto. Este foi sendo modificado de acordo com as exigências ou limitações que foram sendo encontradas.

Nesta fase também se escolhem as atividades e estratégias para o decorrer do trabalho de projeto. Desta forma foram escolhidas como atividades a elaboração de um Guia Informativo para os pais/pessoa significativa sobre o circuito do doente pediátrico, o circuito dos pais/pessoa significativa, regras de paramentação no Bloco Operatório, benefícios da sua presença. Outras das atividades a desenvolver é a elaboração de uma proposta de revisão à Lista de Verificação Pré-Operatória, onde seja contemplada a presença dos pais/pessoa significativa como: conhecimento do direito da sua presença, se apresenta interesse no acompanhamento e se o guia de acolhimento aos pais/pessoa significativa foi entregue, e elaborar uma norma de procedimento sobre o acolhimento aos pais/pessoa significativa da criança/jovem no BO. Por último, elaborar um artigo científico na forma de Revisão Integrativa da Literatura, e realizar uma sessão formativa sobre a temática do acompanhamento/presença dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica para a equipa de enfermagem (APÊNDICE XIII).

3.6 Execução

A fase da Execução é a fase do Trabalho de Metodologia de Projeto que permite efetivar a realização, ou seja, colocar em prática tudo o que foi planeado. É uma das fases importantes para os participantes do trabalho de projeto pois é quando as suas motivações e ideias são colocados em prática. É a fase onde são *“esperados muitos resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências.”* (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.24). De acordo com o nosso Trabalho de Projeto é onde vão ser apresentados o Estágio de Observação no Hospital A, o artigo científico, sob a forma de Revisão Integrativa da Literatura e a formação em serviço à equipa de enfermagem do BO, e também, o Guia de Acolhimento (APÊNDICE V), a Revisão da Lista de verificação Pré-Operatória (APÊNDICE VI) e a Norma de procedimento (APÊNDICE VII).

3.6.1 Estágio de Observação no Hospital A

Como no Hospital X onde nos encontramos a desenvolver o estágio e a trabalhar no projeto de intervenção em serviço nem sempre é realizado o adequado acolhimento aos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, também por culpa de não apresentar as condições estruturais para tal, nem se verifica frequentemente a presença dos pais/pessoa significativa até à indução anestésica, foi necessário realizar um estágio de observação numa instituição onde se verifique esta realidade assiduamente. Este estágio de observação foi realizado no Hospital A, num Hospital da Grande Lisboa com um total de 16 horas. Quanto às horas, apenas foram realizadas 12 horas de estágio de observação, nos dias 18 e 23 de outubro de 2018, devido a aspetos organizacionais do Hospital onde decorria o estágio de observação e por limitação de tempo por parte dos investigadores. No entanto, o total das 12 horas de estágio de observação foi suficiente para conseguir recolher todos os dados através da observação para a concretização dos objetivos deste Projeto de Intervenção.

Nos turnos em que estivemos presentes no Hospital A foi possível assistir ao acompanhamento das crianças e jovens que naqueles dias foram submetidas a

procedimentos invasivos. Estas eram acompanhadas pelos pais desde o internamento de pediatria até ao Bloco Operatório. Ao chegarem ao BO esperavam na cama numa zona de acolhimento junto ao recobro. A espera era feita com os pais/pessoa significativa junto dos mesmos. É importante salientar que os pais vinham do serviço de internamento vestidos com batas descartáveis e quando chegavam ao Bloco Operatório colocavam a touca e os protetores nos sapatos. Chegada a altura de a criança/jovem entrar na sala operatória os pais acompanhavam-nas até à sala. De seguida, os pais/pessoa significativa poderiam colaborar na transferência da criança e jovem da cama para a mesa operatória. Os mesmos eram instruídos pela equipa para falarem com a criança/jovem, a utilizarem técnicas de distração e a darem abraços, de forma a diminuir o medo e ansiedade que apresentavam.

Entretanto os pais/pessoa significativa colaboravam dentro do possível na monitorização da criança/jovem e chegado o momento da administração dos fármacos, os pais/pessoa significativa eram avisados para terem em atenção para segurarem bem os filhos, que poderiam ficar mais sonolentos. Assim que a criança/jovem ficava anestesiado, os pais/pessoa significativa saíam da sala acompanhados por um profissional de saúde. O momento de espera dos pais/pessoa significativa pela criança/jovem poderia ser realizado no próprio recobro ou então no serviço de internamento. As duas alternativas seriam possíveis apenas dependiam do tipo de procedimentos, das condições físicas da criança/jovem e da sensibilidade dos profissionais de saúde. No fim da cirurgia, um dos profissionais entrava em contacto com o serviço de internamento e o pai/pessoa significativa regressava novamente para o recobro do Bloco Operatório, onde inicialmente tinha estado antes da cirurgia, para ficar junto da sua criança/jovem. Do que podemos observar, neste estágio, os pais/pessoa significativa constituem uma mais valia e uma ótima colaboração para a equipa, pois facilita o trabalho dos profissionais no contacto com a criança/jovem, essencialmente. Infelizmente o Hospital A não tem material escrito a fundamentar a sua prática de acompanhamento pelos pais/pessoa significativa a crianças e jovens.

A realização deste estágio de Observação foi uma mais valia e um ótimo e importante contributo para a concretização deste Projeto de Intervenção.

3.6.2 Revisão Integrativa da Literatura

De forma a atingirmos os nossos objetivos, a elaboração da Revisão Integrativa da Literatura foi uma das etapas importantes no nosso trabalho de metodologia de projeto. Esta opção metodológica foi a que nos pareceu ser a mais adequada pois permite um método de pesquisa e uma síntese de conhecimento de uma grande diversidade de artigos.

Além de que a mesma permite construir conhecimento em Enfermagem produzindo um saber sustentado permitindo a sua aplicação na prática diária de forma a fomentar a qualidade nos cuidados de enfermagem, tal como afirma Mendes, Silveira, & Galvão, (2008, p. 760) *“A revisão integrativa tem o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo, um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade.”*

Devido ao crescimento da saúde e da sua grande complexidade surge a necessidade de delimitar e tornar mais concisas todas as etapas metodológicas de forma a afunilar melhor os resultados e assim permitir uma melhor utilização pelos profissionais na prática. Neste sentido, a revisão integrativa assume um papel importante, pois permite a síntese do conhecimento e aplicar os resultados da mesma na prática diária (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Desta forma é importante frisar que para a realização da mesma são necessárias várias etapas. Inicialmente, a revisão integrativa deve começar pela elaboração de uma questão norteadora. No entanto existem autores que defendem outras formas de subdivisão das revisões integrativas. No entanto, esta deve ser constituída por seis etapas (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

A primeira etapa tem relevo pois é nesta fase que se define os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e os participantes. A questão deve ser clara e objetiva. Seguindo a sequência, a segunda fase corresponde à pesquisa na literatura, que deverá ser realizada em base de dados, o que deve ser uma pesquisa ampla e diversificada e também é permitida a pesquisa em periódicos. No entanto, toda a pesquisa deverá de ir ao encontro da pergunta norteadora ou de investigação. Por conseguinte, a terceira etapa assenta na extração dos dados de todos os artigos selecionados, o que para tal, é necessário uma tabela de preenchimento de forma a não permitir o escapamento de dados importantes.

Os dados a recolher, de uma forma geral, são: definição dos sujeitos, metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método e análise e conceitos utilizados. A

quarta fase corresponde a uma avaliação crítica de todos os estudos incluídos de forma a avaliar o rigor e as características de cada estudo. No nosso trabalho utilizamos as escalas de avaliação metodológica, de uma forma geral, da *Jonna Briggs Institute*, disponíveis em <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>, de acordo com a tipologia de cada estudo. A quinta fase constitui a discussão dos resultados onde se compara todo o conhecimento extraído, além de identificar lacunas do conhecimento e ainda delimitar prioridades para estudos futuros. A última fase, encontra-se relacionada com a apresentação da revisão integrativa que deve ser clara e completa de forma a que o leitor apreça os resultados (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Para a presente revisão integrativa a nossa questão de investigação é: Quais as vantagens da presença dos pais/pessoa significativa no momento da indução anestésica de crianças/jovens submetidos a cirurgia?

Neste percurso metodológico adotamos como critérios de inclusão, relativamente à população alvo, crianças/jovens e pais ou pessoa significativa no Bloco Operatório, nomeadamente até à indução anestesia. Em termos de estudos foram permitidos estudos de diversas naturezas, incluindo material extraído de revistas ou publicações científicas em que o acesso através de Internet fosse possível. Também foram apenas permitidos estudos com textos integrais e como acesso gratuito nas bases de dados. O limite de tempo dos estudos tinha que ser compreendido entre janeiro de 2014 e setembro de 2018. Não utilizamos limitadores relativamente a idioma. Como critérios de exclusão tivemos os relatórios de dissertação, teses de doutoramento, estudos sem texto completo, artigos em que acessibilidade apenas era possível através de pagamento.

A pesquisa foi realizada através da Base de Dados na *EBSCOhost* que engloba as seguintes base de dados científicos: *CINAHL Complete*; *Cochrane Collection Plus*; *Nursing & Allied Health Collection Expanded*; *MEDLINE Complete* e *Medic Latina*. Esta foi realizada em setembro de 2018. Como palavras-chave foram utilizadas: *parental presence*. Por sua vez, os delimitadores utilizados foram apenas de janeiro de 2014 a setembro de 2018 e texto completo PDF. Desta pesquisa foram encontrados 39 artigos. Dos 39 artigos foram apenas selecionados 10 artigos pelo título e leitura do resumo. Após leitura integral dos 10 artigos foram apenas selecionados 5 artigos. Também foi realizada pesquisa na base de dados *Pubmed* em outubro de 2018. Nesta base de dados foram utilizados como *meshterms* também *parental presence*. Como outros delimitadores foram utilizados *full text*, últimos 5 anos e *humans* dos quais resultaram 15 839 artigos.

Devido ao elevado número de artigos e de forma a afunilar mais a pesquisa efetuada, foi adicionado como *meshterm: anesthetic induction*. Desta base de dados foram selecionados 8 artigos, dos quais 1 é repetido e outro não responde à questão da revisão, e após leitura integral dos restantes ficamos apenas com 2 artigos. Posteriormente, em novembro de 2018 ainda procuramos realizar uma pesquisa em revistas científicas online como: *ScienDirect* colocando no motor de busca: *parental presence*. Após este passo colocamos como datas 2017, 2018 e 2019, surgindo uma grande diversidade de artigos, pelo título foram apenas selecionados 2 artigos.

Todos os artigos selecionados foram avaliados de acordo com as grelhas de avaliação da *Joanna Briggs Institute* acessíveis em: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html> (ANEXO IV). De uma forma geral todos os artigos apresentam qualidade metodológica.

Foram selecionados 9 artigos para a realização da Revisão Integrativa da Literatura, estes foram avaliados quanto à identificação do artigo, tipo de publicação, desenho do estudo, objetivos, amostra e principais resultados tal como nos sugere Mendes, Silveira, & Galvão (2008).

3.6.2.1 Discussão dos Resultados

Após a leitura e a extração de dados dos artigos utilizados podemos afirmar que a presença dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica, apresenta vantagens porque aumenta a satisfação dos pais, diminui a ansiedade dos pais no pré-operatório e na sala de espera, enquanto aguardam o fim da cirurgia, aumenta a confiança nos cuidados perioperatórios, permite a redução da ansiedade das crianças e ainda tem vantagens para a equipa porque apresentam um elo de ligação com a criança/jovem. No mesmo sentido, também se revela importante que os pais ou pessoa significativa receba preparação para o acompanhamento como folhetos informativos, de forma a aumentar o sucesso do seu acompanhamento.

Perante estes resultados consideramos que a presença dos pais no Bloco Operatório, até à indução anestésica é uma mais valia para todos os intervenientes- crianças/jovens, pais ou pessoa significativa e a própria equipa. No entanto a formação/preparação destes

revela-se fundamental, pelo que no nosso trabalho de Projeto realizamos um Guia de Acolhimento.

Assim Wassem, et al., (2018), defende que a presença dos pais é benéfica e vantajosa pois permite a redução da ansiedade dos pais e aumenta a confiança nos cuidados perioperatórios. Por outro lado, Sadeghi, Tabari, Mahdavi, Salarian, & Razavi, (2016) afirma que a presença dos pais melhora a qualidade da indução anestésica e a satisfação dos pais, no entanto não apresenta efeitos na sua ansiedade. Também Sun, et al., (2016) defende que a presença dos pais não aumenta a taxa de infeção da ferida e os pais apresentam maior níveis de satisfação e menor ansiedade quando acompanham as suas crianças. Numa outra perspetiva, Smith, (2017), afirma que existem os benefícios para a criança, no entanto, apenas por grupos, ou seja, crianças entre os 2- 6 anos de idade são as que apresentam maior probabilidade de ansiedade. E por sua vez, crianças com menos de 6 -8 meses não beneficiam da presença dos pais. O que se torna fulcral delimitar determinadas situações clínicas específicas para o acompanhamento. No entanto existem autores que não encontraram alterações significativas na redução da ansiedade das crianças. Reconhecem que a presença dos pais é um cuidado fundamental às crianças e o que os pais se encontram mais satisfeitos e menos ansiosos (Rasti, Jahanpour, & Motamed, 2014). Por outro lado, Ozdogan, et al., (2017) defende que a presença dos pais tem efeitos positivos na redução da ansiedade das crianças porque em crianças separadas das suas mães estas apresentaram níveis de cortisol muito superiores comparativamente a outras que tinham a presença.

No entanto, para que a presença dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica, seja eficaz, é importante que os serviços apresentem condições estruturais para o adequado acolhimento e que os pais/pessoa significativa se encontrem capacitados para o acompanhamento. Ou seja, estes últimos devem se encontrar capacitados sobre o processo de acompanhamento no processo de indução, acerca das reações esperadas e ainda o papel da equipa. Devem também encontrar-se informados sobre o espaço que deverão ocupar e o tempo de duração da sua presença, que deverá ser até a criança/jovem se encontrar a dormir.

No mesmo sentido, urge como necessário, as medidas de controlo de infeção como as roupas de proteção, botas descartáveis e toucas, que deverão ser fornecidas. Também é necessário que os pais se encontrem preparados e informados do seu papel na sala operatória junto da sua criança/jovem, onde deve ter um papel essencialmente de

distração, e por outro lado, deverão ser envolvidos pela equipa (Machotta, 2014). De acordo com Kruger & Rosen, (2016) os pais devem receber um panfleto informativo explicando todo o processo de acompanhamento durante a indução anestésica e de preferência antes da cirurgia. Por outro lado, os pais quando acompanham as suas crianças/jovens durante a indução anestésica referem menos ansiedade na sala de espera. E deveriam ser informados acerca do seu desempenho, isto é, o que devem realizar durante o seu processo de acompanhamento permitindo que estes apresentem um papel mais ativo (Bhalla, 2017).

O Artigo de Revisão Integrativa pode ser consultado na íntegra no APÊNDICE VIII.

3.6.2.2 Limitações/Implicações para a Prática da Enfermagem Perioperatória

Com a realização deste trabalho, de Revisão Integrativa, as principais limitações que identificámos foram a escassez de estudos válidos sobre o tema, ou seja, que frisem, evidenciem a verdadeira importância da presença dos pais ou pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica. O que desencadeou que os nossos critérios de inclusão se apresentassem mais alargados. A realização desta Revisão Integrativa traz consigo implicações para a prática clínica da Enfermagem Perioperatória, pois ao evidenciar as principais vantagens desta presença, permite que o conhecimento evidenciado seja aplicado com maior segurança em contextos da prática clínica e assim exista um contributo na prestação de cuidados no sentido da melhoria e da excelência do cuidar e que vai ao encontro dos padrões de qualidade de enfermagem. Porém, também temos consciência que esta temática, embora atual, carece de estudos, o que nos suscita também um compromisso para continuar a desenvolver e a acompanhar o estudo futuramente. Outras das limitações foram a inexistência de estudos em Língua Portuguesa e a escassez de tempo.

3.6.3 Formação em Serviço

A formação em serviço constitui-se como um momento em que foram partilhadas todas as etapas de desenvolvimento da metodologia de projeto à equipa de enfermagem do BO. Também foram partilhados os resultados dos questionários aplicados, e todo o

material desenvolvido que ficará para o serviço para posteriormente após aprovação do Conselho de Administração, ser implementado. Este foi realizado através de uma apresentação em PowerPoint, que se encontra no APÊNDICE IX, na sala de reuniões do serviço. Nesta também procurámos *feedback* do trabalho desenvolvido e sugestões de melhoria por parte da equipa de enfermagem, de forma a envolver os mesmos no trabalho. No final da sessão foram aplicados questionários, utilizados no serviço, de forma a avaliar a mesma (ANEXO III). A formação em serviço foi importante na consecução deste trabalho pois permitiu-nos apresentar todo o nosso trabalho desenvolvido e perceber quais os pontos fortes e fracos do mesmo e limar algumas arestas, bem como, receber o *feedback* da equipa, que foi bastante positivo, o que por sua vez traduziu-se num reforço positivo para o nosso esforço e trabalho desenvolvido (APÊNDICE XI).

3.7 Avaliação do Projeto

A avaliação na metodologia de projeto é uma etapa também importante na realização do trabalho. Podem distinguir-se dois momentos de avaliação: a intermédia e a avaliação final. Quanto à avaliação intermédia é aquela que a sua realização é em concomitante com a execução do projeto. Por outro lado, a avaliação final é a avaliação final do projeto em si. Porém também são momentos de avaliação os questionários elaborados e aplicados, as entrevistas com o orientador, discussões em grupo, no entanto, é de realçar que a avaliação é permanente e deverá ser realizada ao longo do Projeto. A avaliação do projeto deve sempre permitir que se forneça elementos necessários para intervir de forma a melhorar a coerência, a eficiência e ainda a eficácia. Todo o processo de avaliação é um processo dinâmico e muito complexo que implica a contemplação de diversas vertentes de análise e reflexão (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

De todo o trabalho desenvolvido como: Guia de Acolhimento para os pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, a Revisão da Lista de Verificação Pré-Operatória, a Norma de Procedimento sobre Acolhimento dos Pais/Pessoa significativa no Bloco Operatório, Artigo de Revisão Integrativa da Literatura, o Estágio de Observação e a Formação em Serviço permitiu-nos chegar ao nosso objetivo final. No entanto este não foi um percurso fácil, um caminho longo e penoso com diversas barreiras laborais, organizacionais e de tempo, o que exigiu um esforço muito grande aliado a um espírito

de sacrifício pela abdicação de muitas outras coisas em prol do desenvolvimento deste projeto. Ao longo destes meses de trabalhos as reuniões de orientação com o professor orientador foram momentos importantes para este trabalho chegar a bom porto e para reorientar no caminho a percorrer. Muitas vezes o desalento acompanhou-nos e foi preciso muita força para recomeçar tudo de novo diversas vezes...e começar do zero nem sempre é fácil.

A avaliação de todo o trabalho produzido foi realizada essencialmente com o professor orientador nas diversas reuniões e junto da equipa de enfermagem do Bloco Operatório, onde o projeto foi desenvolvido de acordo com as necessidades do serviço.

A avaliação dos elementos da equipa que se encontravam presentes na formação foi gratificante, apresentaram-se bastante satisfeitos com a temática, pois foi adequada às suas necessidades e expectativas. Por outro lado, também a nossa prestação enquanto formadores nomeadamente no domínio dos conteúdos, nas competências técnico-científicas, na metodologia de transmissão de conhecimentos e ainda na utilização dos recursos didáticos como na documentação fornecida, teve uma avaliação muito positiva como se pode observar no APÊNDICE X. O receber este feedback do trabalho desenvolvido por parte da equipa de enfermagem, onde o Projeto de Intervenção em serviço poderá vir a ser implementado, foi um alento e um reforço positivo para tantos meses de trabalho e uma certeza que nos encontramos num caminho seguro.

Este trabalho ficou disponível para o serviço para ser aplicado, no entanto não foi possível a sua implementação em tempo útil devido a aspetos organizacionais da instituição, e aguardar aprovação e implementação pelo Conselho de Administração e ainda por aspetos relacionados com novas regras sobre acreditação do serviço.

Também realçamos que o projeto desenvolvido permite um contributo positivo na prestação de cuidados no sentido da melhoria e da excelência do cuidar e que vá ao encontro dos padrões de qualidade de enfermagem. O mesmo ainda permite a humanização dos cuidados de enfermagem e faz parte da contribuição da Enfermagem segundo a Teórica Jean Watson (2002), que afirma que a enfermagem tem um contributo social que assenta no seu compromisso moral para cuidar o que por sua vez se traduz num contributo humanístico no campo das ciências humanas e da saúde. Assim, acreditamos que este estudo irá contribuir positivamente para a experiência cirúrgica da criança/jovem e sua família ou pessoa significativa em situação perioperatória, o que de uma forma

global irá contribuir para a humanização, melhoria da qualidade e excelência dos cuidados prestados.

Porém, também temos consciência que esta temática, embora atual e pertinente, carece de estudos, o que nos suscita também um compromisso para continuar a desenvolver e a acompanhar o estudo futuramente. Outra das limitações encontradas foram a escassez de tempo, o que fez com que fossem realizadas apenas 12 horas de estágio de observação ao invés de 16 horas, como inicialmente estipulado. No entanto as restantes horas de prestação clínica foram cumpridas de acordo com o previsto pelo regulamento.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O Estágio revela-se como um momento importante na vida académica, pois permite fornecer experiências com a finalidade de desenvolver as competências adquiridas durante o período teórico, ou seja, permite relacionar os conhecimentos teórico-práticos, o que o torna um momento pertinente na aprendizagem através da experiência aos vários níveis de competências (Carvalho, 2003). Este decorreu num Bloco Operatório da Região de Lisboa e Vale do Tejo, e dado a especificidade da área da Enfermagem Perioperatória, foi uma experiência muito importante de forma a adquirirmos e desenvolvermos novos conhecimentos e experiência nesta área de cuidados altamente diferenciados.

Assim, iniciámos o nosso percurso de aprendizagem neste estágio, no dia 7 de maio de 2018 até 31 de janeiro de 2019, com um total de 360 horas de prestação clínica. Durante os primeiros dias de estágio passamos por um processo de integração onde ficámos a par das especialidades cirúrgicas existentes, do funcionamento, das normas, da arrumação do material, medicamentos, do espaço físico, protocolos, entre outras coisas. Consideramos que fomos bem-recebidos pela Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora e pelos restantes elementos da equipa. No entanto, todos os turnos foram desafiantes e exigentes devido à quantidade de técnicas, cuidados e à complexidade dos mesmos que ao longo do estágio foram-se tornando mais rotineiros, contribuindo assim para uma maior segurança na prestação de cuidados ao doente em situação perioperatória.

Durante este percurso foi-nos proposta a oportunidade de realizar um turno na Central de Esterilização do Hospital. Foi importante porque permitiu-nos compreender o funcionamento da central, bem como as funções do enfermeiro nesta tipologia de serviço, e todo o percurso dos dispositivos médicos até ao seu reprocessamento, ou seja, até voltarem prontos para serem novamente utilizados noutra cirurgia. No entanto a importância deste turno, também assentou no facto de ficarmos familiarizados com alguns dispositivos médicos utilizados em cirurgia oftalmológica, ortopedia e cirurgia laparoscópica, em maior detalhe. Desta forma penso que a realização deste turno na Central de Esterilização foi importante nesta fase do nosso percurso académico pois permitiu-nos adquirir alguns conhecimentos acerca de dispositivos médicos e de todo o processamento do material bem como a responsabilidade que o enfermeiro tem na

vigilância das condições de todo o processo de esterilização e todo o exigente domínio de conhecimentos.

Adquirir conhecimentos e experiência nas diferentes funções da Enfermagem Perioperatória torna-se fulcral para uma prestação de cuidados com qualidade ao doente *“A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem perioperatória é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade ao indivíduo, permitindo uma maior compreensão da dimensão da pessoa doente, num ambiente seguro.”* (AESOP, 2006, p.107). Assim a primeira área da Enfermagem Perioperatória com a qual apresentamos contato, neste estágio, foi a Enfermagem de Anestesia. Esta função do enfermeiro perioperatório é muito exigente, para a qual no início não nos sentíamos preparados devido às inúmeras técnicas anestésicas, terapêutica, entre outras coisas, com as quais nunca tivemos contato durante a nossa experiência profissional. No entanto, com o decorrer do estágio fomos conseguindo dominar todas as técnicas, terapêutica utilizada para a indução, manutenção e reversão anestésica, e ainda o conhecimento sobre os fármacos mais utilizados em situações de emergência anestésica. Nesta função do enfermeiro perioperatório é importante a comunicação com o médico anestesista e bem como toda a equipa multidisciplinar. Para desenvolver competências nesta área da enfermagem perioperatória, tivemos que aprofundar o estudo dos protocolos clínicos existentes no serviço, sobre técnicas anestésicas e farmacologia e ainda sobre as principais funções do enfermeiro perioperatório de forma a fundamentar todas as nossas intervenções na prestação clínica, e também garantir a qualidade dos cuidados prestados pois a qualidade em saúde é uma tarefa que depende de um conjunto de várias profissões (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Como Enfermeiro de Anestesia as nossas principais intervenções passaram pela consulta do programa operatório, dos registos da visita pré e pós-operatória, preparação de todo o material necessário para o ato anestésico e verificar toda a funcionalidade da sala operatória. Como outras intervenções, desenvolvemos o acolhimento do doente no Bloco Operatório, a validação da lista de verificação pré-operatória, na colaboração na transferência do doente para a maca ou mesa operatória e o seu acompanhamento até à sala de indução anestésica ou sala operatória. Na sala operatória procedemos colaborando nas técnicas anestésicas com o médico anestesista na indução, manutenção e reversão anestésica e sempre com o devido apoio da Enfermeira Orientadora. Antes do ato anestésico propriamente dito, procedemos sempre à preparação da terapêutica e à sua

administração quando indicado. No entanto, como enfermeiro de anestesia, as nossas funções são extensas e muito importantes para a segurança do doente.

Outras intervenções que realizamos, enquanto enfermeiros de anestesia foram: o posicionamento do doente, promover a manutenção da temperatura corporal de forma a prevenir a hipotermia através da vigilância constante e na aplicação de roupa quente, aquecimento corporal ativo, como o aquecedor, ou aquecedor de fluidos, de acordo com as necessidades do doente, isto é, avaliando e adaptando a cada situação. Outras das vigilâncias que realizamos foi a da glicemia capilar de acordo com o protocolo existente no serviço. Antes do início da cirurgia outra das preocupações que tínhamos como enfermeiros de anestesia é o da profilaxia antibiótica antes do início da cirurgia, quando existe indicação médica para ser realizado. Da mesma forma, procedemos à observação e vigilância intensiva do doente, de forma a prevenir e minimizar potenciais incidentes ou acidentes. Nos tempos em que não existem intercorrências anestésicas ou cirúrgicas, procuramos colaborar com a restante equipa e também procedendo à realização dos registos de enfermagem no *Sclínico*, a Cirurgia Segura Salva Vidas, e no sistema *EKamban*.

Os registos de enfermagem são importantes pois fornecem informações e representam uma evidência da prática, além de que situam o doente no contexto perioperatório. A sua finalidade é o assegurar a continuidade dos cuidados prestados, o servir de prova legal do processo e dos resultados dos cuidados, fornecer dados que permitem o planeamento de cuidados futuros, fornecer informações para investigações, permitir a sua utilização como base de apoio para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e uniformizar a prática clínica (Duarte & Martins, 2014).

No final da cirurgia, depois de colaborarmos na reversão anestésica e de estarmos atentos e prontos a atuar perante as complicações que poderão surgir como um acordar agitado, situações de broncospasmo, por exemplo. Colaboramos na transferência do doente para a UCPA ou Unidade de Cuidados Intensivos. Chegando a uma destas unidades de cuidados tivemos a preocupação de garantir uma transição de cuidados aos colegas eficazmente, de forma a garantir a continuidade dos cuidados e promover a segurança e o bem-estar do doente. Depois, temos como principais funções supervisionar a higienização da sala operatória e dos equipamentos, bem como procedermos ou supervisionarmos a reposição de stocks dos materiais da sala operatória e do carro de

apoio à anestesia, de forma a que no decorrer dos atos anestésicos-cirúrgicos, não existam intercorrências ou que o tempo de resolução dos mesmos seja minimizado.

Ao longo das diversas semanas de estágio temos compreendido que apesar de na sala de operações, cada enfermeiro tem uma função atribuída: Anestesia, Circulação e Instrumentação, ambos colaboram, ou seja, existe um profundo trabalho em equipa. O trabalho em equipa é fundamental pois permite a cooperação entre os pares e centraliza o cuidado no doente em situação perioperatória, mas para que isso aconteça é importante a comunicação (Souza, Peduzzi, Silva, & Carvalho, 2016).

Na mesma linha de pensamento Félix & Rosa (2003) também defendem que o trabalho em equipa exige comunicação, ouvir, partilha de sentimentos e emoções de forma a gerar coesão, gerir conflitos e ainda motivação responsabilidade coletiva e confiança. Assim tentámos sempre colaborar com os restantes elementos da equipa no que foi necessário durante a prestação de cuidados, no entanto por vezes a nossa colaboração não pode ser tão ativa devido à especificidade da área e por não termos ainda conhecimentos/destreza em determinados procedimentos. Mas o trabalho em equipa permite o enfrentar novos desafios, lidar com os mesmos e no fim obter um maior enriquecimento pessoal (Félix & Rosa, 2003), o que nos tem permitido adquirir novas aprendizagens e refletirmos sobre a prática de cuidados no dia a dia, sempre no sentido do aperfeiçoamento.

Outra das funções do enfermeiro perioperatório que nos foi possível colaborar ao longo deste estágio foi na visita pré e pós-operatória. Ambas constituem momentos importantes para o doente e para a sua família, pois demonstram agrado e contentamento pela presença dos enfermeiros do Bloco Operatório, vulgarmente assim denominados.

Sendo o momento cirúrgico uma circunstância crítica na vida do doente, envolvido por um misto de emoções, a visita pré-operatória permite desmitificar determinadas problemáticas, ou seja, permite prestar apoio emocional ao doente, reforçar os ensinamentos (jejum, banho, próteses, entrega do folheto informativo...) e esclarecer dúvidas do doente/família. Enquanto enfermeiros perioperatórios, no decorrer deste estágio, das vezes que nos foi possível realizar esta visita, procuramos num discurso informal realizar uma colheita de informações pertinentes para os cuidados prestados no Bloco Operatório, como: cirurgias anteriores, doenças, alergias, avaliação do estado físico e psicológico do doente.

A visita pré-operatória deve abordar essencialmente dois aspetos importantes como a preparação psicológica de forma a diminuir os níveis de preocupação, o fornecer informações e ainda a preparação física (AESOP, 2006). Toda esta recolha de dados, constitui uma mais valia, pois permite antecipar alguns cuidados para o dia da cirurgia e assim economizar algum tempo, tal como afirma AESOP (2006) que a visita pré-operatória se revela um momento importante para o planificar e estabelecer objetivos de atuação tendo em conta o doente.

A visita é uma das atividades autónomas do enfermeiro perioperatório que se encontra integrada numa atuação multidisciplinar. Esta deve satisfazer as necessidades do doente e promover a humanização dos cuidados, pois esta visita constitui o início do processo de cuidados perioperatórios, permite a relação de ajuda entre o doente e a família e promove o autocuidado (Duarte & Martins, 2014). Desta forma, reconhecemos que esta visita é de elevada importância para o doente/família e para a equipa de saúde.

Por outro lado, a visita pós-operatória permite avaliar o estado do doente no toca ao nível de consciência, dor, náuseas ou outro tipo de queixas. Nesta, também procuramos enquanto enfermeiros perioperatórios, questionar o doente acerca da sua perceção sobre os cuidados que lhe foram prestados no Bloco Operatório, o que na grande maioria não se lembra devido aos efeitos amnésicos das terapêuticas utilizadas no ato anestésico.

Em suma, a visita pós-operatória além de permitir avaliar o estado doente, possibilita também uma avaliação acerca do trabalho dos enfermeiros perioperatórios e dos cuidados prestados, através de críticas/sugestões que o doente verbalize. No fim da visita, pré ou pós-operatória, que são efetuados pelo mesmo enfermeiro, procedemos aos registos nos processos dos doentes de acordo com as exigências do programa: VISPOE. Na nossa perspetiva e de acordo com a experiências adquiridas neste estágio, as visitas são importantes para doente/família e da mesma forma importante para a Enfermagem Perioperatória, inclusive a equipa, pois permite a sua visibilidade, e adotando todas estas medidas procura-se que visem a melhoria da qualidade dos cuidados e dos serviços de enfermagem (Código Deontológico, 2015).

No entanto, podemos constatar que a realização destas visitas nem sempre foi fácil, por barreiras administrativas, atrasos nos internamentos dos doentes que entram de véspera, fraca colaboração de alguns colegas dos serviços de internamento, ausência do doente para realização de exames complementares de diagnóstico, o que desencadeia um

dispêndio de tempo grande no contorno destas barreiras e por vezes inviabiliza este cuidado importante da enfermagem perioperatória.

Também consideramos que as visitas são importantes meios de estabelecer a relação de ajuda com o doente/família, pois esta pode também ser considerada como um instrumento de cuidados de enfermagem. No estabelecimento da relação de ajuda são necessários determinados atributos como a compreensão empática, a aceitação incondicional e a autenticidade (Mendes, 2006).

Ao longo destas semanas de estágio também nos foi possível acompanhar o trabalho do enfermeiro perioperatório na Unidade Cuidados Pós-Anestésicos. Este diz respeito ao espaço onde os doentes permanecem depois de saírem da sala operatória e onde recuperam dos efeitos das técnicas anestésicas e se encontram sob vigilância intensiva, de forma a prevenir complicações *“O período de recobro pós-anestésico é o espaço de tempo que se segue imediatamente a um acto terapêutico e/ou diagnóstico efectuado sob anestesia geral, locoregional ou sedação.”* (AESOP,2006, p.155).

As nossas principais intervenções de enfermagem foram a consulta do programa operatório, o acolher o doente no Bloco Operatório e a validação da *checklist* ou lista de verificação pré-operatória, onde se confirma o jejum, o consentimento informado assinado, exames complementares de diagnóstico realizados como eletrocardiograma e análises, se tem tipagem sanguínea realizada e sangue de reserva para eventual transfusão, alergias e ainda a ausência de próteses entre outros critérios. Também a verificação se a visita pré-operatória foi realizada, porque constam aí informações importantes. Colaboramos na transferência do doente para a maca do Bloco Operatório, promovendo e garantido sempre a segurança do doente, e acompanhamos o respetivo até à sala de pré-anestesia ou operatória, dependendo da situação. Depois procedemos à passagem da informação pré-operatória do doente ao Enfermeiro que se encontrava na sala, como Enfermeiro de Anestesia. Todas estas intervenções passam por uma forma de colaborar com a restante equipa que se encontra nas salas operatórias fomentando assim o trabalho em equipa.

No entanto o trabalho na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, consiste no acolhimento do doente na chegada à unidade, a sua monitorização e avaliação rigorosa tendo em conta toda a informação transmitida pela equipa do intra-operatório. A avaliação do doente consiste na avaliação inicial e permanente da função cardiovascular e

respiratória, alterações sensório-motoras, estado de consciência, conforto e dor. Trata-se de uma avaliação importante de forma a prevenir complicações e riscos decorrentes do processo anestésico-cirúrgico, no pós-operatório imediato, uma vez que a Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos *“é o local primário de permanência do doente após o procedimento anestésico e cirúrgico, esta unidade está orientada para que a estratégia definida no intra-operatório seja reavaliada e continuada e , em caso de ineficácia, propostos novos métodos analgésicos e de administração de fármacos ”* (Lages, Fonseca, & Abelha, 2006, p. 21).

Num dos turnos em que nos encontrávamos na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, apresentamos a possibilidade de observar e colaborar numa situação de urgência de uma doente que desenvolveu um quadro de depressão respiratória, o que nos permitiu reforçar a ideia que é importante os enfermeiros realizarem uma avaliação constante e se encontrarem despertos para estas situações de urgência/emergência. O enfermeiro deve cuidar do doente até que este se apresente consciente, com capacidade para comunicar e se encontre estável (Sampaio, 2016).

No mesmo sentido também se revela imprescindível que os enfermeiros apresentem competências em suporte básico de vida nas necessidades especiais resultantes do processo de anestesia. Também devem encontrar-se aptos a prestar cuidados a feridas cirúrgicas e drenos e possuir ainda formação em suporte avançado de vida (Sampaio, 2016).

Enquanto enfermeiros na área da Unidade Cuidados Pós-Anestésicos também procedemos à realização dos registos de enfermagem no sistema *EKamban*, em sítio próprio no mesmo sistema. Da mesma forma preparando a transferência do doente para o serviço de internamento de origem com toda a informação clínica relevante para garantir a continuidade e segurança dos cuidados que era transmitida aos colegas. Por norma, e em situações em que o pós-operatório decorria sem intercorrências os doentes permaneciam na Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos cerca de 1- 2 horas, no entanto, voltamos a frisar que depende de cada situação clínica. Para determinar a alta do doente, realizávamos várias avaliações de acordo com a técnica anestésica como: Escala de *Bromage*, que avalia o bloqueio motor; a Escala de *Ramsey* que avalia o nível de sedação e no fim ainda a Escala de *Aldrete* que avalia a recuperação pós-anestésica, em que o doente deverá apresentar um score de 9 ou 10, para se encontrar apto para a transferência para o internamento.

Esta última não se adapta ao doente pediátrico, dado as especificidades que os doentes pediátricos exigem, e a própria Escala requerer como avaliação a tensão arterial. Este parâmetro não é avaliado na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos nos doentes pediátricos, salvo em situações excecionais, pois é o que se encontram regulamentado no serviço. Mas por outro lado, é monitorizada a frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigénio.

O doente pediátrico exige especificidades no cuidar, que ao longo do estágio nos foi possível constatar e desenvolvermos competências nesse sentido. As especificidades começam logo pelo acolhimento no Bloco Operatório que é realizado através da estratégia do Carro de Brinquedos, em que a criança poderá escolher um, de forma a criar um ambiente menos hostil e facilitar o processo de separação dos pais/pessoa significativa que por norma ficam no *transfer*. No entanto, os pais/pessoa significativa de acordo com o Despacho n.º 6668/2017 publicado em Diário da República, os mesmos poderão acompanhar a criança/ jovem até 18 anos até à indução anestésica e no recobro. Na Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos os pais/pessoa significativa podem permanecer junto dos filhos assim que chegam à unidade.

Até ao momento da indução anestésica, o Bloco Operatório ainda não apresenta as condições necessárias ideais para o acompanhamento, sendo esta uma necessidade do serviço, e sobre esta que nos encontramos a desenvolver o nosso projeto de formação individual de acordo com a metodologia de projeto para a obtenção do grau de Mestre.

No entanto, o enfermeiro da Unidade de Cuidados de Pós-Anestésicos, junto dos pais/pessoa significativa das crianças/jovens também apresenta um papel importante através dos ensinamentos sobre a paramentação, sobre o estado do filho, como deve proceder e alguns ensinamentos pós-operatórios que continuam a ser realizados ainda no internamento. Porém, no caso de doentes adultos, cabe ao enfermeiro perioperatório da unidade de cuidados pós-anestésicos fornecer informação à pessoa significativa. A área da Enfermagem Perioperatória, em que nos sentimos mais à vontade desde o início do estágio, foi a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, porque devido à sua tipologia de cuidados é a mais próxima a toda a nossa experiência profissional.

Uma outra área da Enfermagem Perioperatória, que tivemos a oportunidade de desenvolver competências é a função de Enfermeiro Circulante. Esta função apesar de parecer a mais fácil, corresponde a uma das funções mais difíceis devido às inúmeras

solicitações a que o Enfermeiro deve dar resposta, o que exige um grande domínio de conhecimentos, tal como cita AESOP (2006) *“O enfermeiro circulante cuida do doente de uma forma holística, responsabiliza-se pelo seu acolhimento e dá resposta às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança. É também responsável por dar resposta às necessidades da equipa cirúrgica, competindo-lhe: organizar, gerir, controlar todo o trabalho da sala de operações para que o acto cirúrgico se realize nas melhores condições de segurança para o doente e equipa cirúrgica.”* (p.128).

Desta forma, quando desempenhamos as nossas funções na função de circulante, realizamos várias intervenções, de uma forma sequencial, de forma a organizar todo o turno de acordo com o plano operatório. Inicialmente, começamos por consultar o plano operatório, seguindo-se a preparação de todo o material necessário de acordo com as cirurgias programadas. De seguida procedemos à verificação da funcionalidade dos diversos equipamentos necessários para a cirurgia, das condições ambientais e ainda a organização e limpeza da sala operatória. Quando a chegada do doente à sala operatória realizamos o seu acolhimento e colaboramos na sua transferência para a mesa operatória e no respetivo posicionamento. Também procedemos à colocação do eléctrodo neutro do equipamento de eletrocirurgia, quando aplicável. De seguida, as nossas intervenções passaram por colaborar na colocação das mesas cirúrgicas, colaborar com a equipa estéril na sua paramentação de acordo com a técnica asséptica cirúrgica, na desinfeção da pele e na colocação de campos cirúrgicos e na algaliação do doente, sempre que necessário e aplicável, pois depende do tipo de cirurgia e do procedimento a realizar.

Enquanto Enfermeiros Circulantes, dependendo do tipo de cirurgia, outra intervenção que realizamos foi o acondicionamento de peças anatómicas para exames, rotulando sempre com identificação do doente, o nome da peça e a especialidade a que pertence; e ainda na contagem de corto-perfurantes e compressas em colaboração com o Enfermeiro Instrumentista. Também procedemos à abertura de material estéril sempre que necessário no decorrer da cirurgia, conectar materiais estéreis a materiais não estéreis, direccionar focos de luz de acordo com a necessidade da equipa cirúrgica. E ainda, quando oportuno procedermos à chamada do próximo doente, de forma a rentabilizar tempo.

A função de Enfermeiro Circulante é uma das funções que consideramos mais difícil devido ao domínio de conhecimentos que exige. Inicialmente as principais dificuldades passaram pela abertura de material estéril, nomeadamente como segurar todo o material sem infetar ou deixar cair no chão, e saber todos os passos ao longo da cirurgia. No

entanto, pensamos que com o decorrer do estágio fomos conseguindo evoluir e desenvolver e aperfeiçoar estas competências necessárias para exercício desta função.

Na área da instrumentação, foi uma das áreas em que durante estas semanas de estágio não nos foi possível desenvolver tanto as competências como nas anteriormente abordadas, devido à especificidade da área e dado o nível de rigor que é exigido, bem como a longa integração que é necessária para os enfermeiros se encontrarem aptos nesta função. No entanto, durante este estágio foi-nos possível compreender as funções do enfermeiro instrumentista, quanto a funções independentes e interdependentes. Quanto às funções independentes as intervenções do enfermeiro instrumentista passam por: preparação de todo o material cirúrgico, a desinfecção cirúrgica das mãos, a paramentação, o plano de cuidados delineado para o doente, a preparação das mesas cirúrgicas, o respeito pelo tempo cirúrgico (abertura, dissecação, sépticos, assépticos, colocação de drenagens, implantes), a vigiar se existe quebra da técnica asséptica, a vigilância de perdas sanguíneas, vigiar o número de compressas e corto-perfurantes e a sua contagem em tempo próprio, garantir a substituição de luvas por toda a equipa sempre que os protocolos cirúrgicos o exijam e ainda a conexão de drenagens e a separação e contagem de instrumentos.

Por outro lado, as funções interdependentes do enfermeiro instrumentista são a assistência à equipa cirúrgica, a colaboração na desinfecção do campo operatório e a colaboração dos campos cirúrgicos, a transferência de instrumentos ao cirurgião em posição funcional, preparar solutos de irrigação e de implantes, identificar e acondicionar corretamente os produtos orgânicos para exames laboratoriais e ainda a realização do penso cirúrgico (AESOP, 2006). Dado a grande complexidade que a função de instrumentista exige não nos foi possível desenvolver muitas competências nesta área, no entanto conseguimos compreender quais as suas funções e o seu campo de atuação. O desenvolvimento de competências nesta função do Enfermeiro Perioperatório é algo que pretendemos desenvolver futuramente.

Durante este período também nos foi possível assistir a uma situação de via aérea difícil e a utilização do carro de via aérea difícil que se encontra no serviço. Nesta situação foi contornada apenas com o auxílio do videolaringoscópio. Foi uma situação nova para nós e que tivemos a oportunidade de vivenciar e perceber o papel do enfermeiro de anestesia, nesta situação. O papel passa pela confirmação da funcionalidade do material do carro e prestar apoio ao médico anestesista durante a entubação. Nestas situações o

enfermeiro quando apresenta conhecimento antecipadamente deve reunir todo o equipamento e material necessário evitando assim as perdas de tempo em situações de *stress* (Duarte & Martins, 2014).

Tendo em conta o nosso trabalho de projeto ao longo deste estágio foi-nos possível acompanhar as cirurgias de crianças/jovens e perceber a dinâmica e circuito das crianças/jovens e pais/pessoa significativa no Bloco Operatório. Infelizmente não tivemos a oportunidade de experienciar o acompanhamento de nenhum pai ou pessoa significativa até à indução anestésica, só apenas na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. No entanto, no estágio de Observação realizado a 18 e 23 de outubro de 2018 num Hospital da Grande Lisboa, tivemos a oportunidade de vivenciar o acompanhamento dos pais ou pessoa significativa até à indução anestésica e podemos constatar que as crianças/jovens se encontravam mais tranquilos e colaborantes com a equipa do que aqueles em que os pais/pessoa significativa não se encontravam presentes. Também nos foi possível compreender todo o circuito das crianças/jovens e pais/pessoa significativa dentro do Bloco Operatório. Em suma, apesar deste Estágio de Observação apresentar uma duração curta, foi uma experiência gratificante e enriquecedora para o nosso trabalho de projeto, pois permitiu-nos compreender e vivenciar a importância da presença dos pais/pessoa significativa, quer para as crianças/jovens, como para os próprios pais/pessoa significativa e para a equipa.

Durante estas semanas de estágio tivemos a oportunidade de exercer as diferentes funções do enfermeiro perioperatório quer em cirurgia programada como de urgência. Ambas foram momentos muito importantes de aprendizagem e experiência. Embora a cirurgia de urgência exija uma destreza, rapidez, fluidez de intervenções, para a qual consideramos que ainda não apresentamos “bagagem” suficiente devido a sermos enfermeiros iniciados nesta área de cuidados. O estágio constituiu uma experiência muito enriquecedora pelas diversas oportunidades que nos proporcionou de aprendizagens e de experiências. Ao longo dos turnos, foi-nos possível perceber a atuação do enfermeiro perioperatório em situação de urgência / emergência na sala operatória, quando num turno entrou no Bloco Operatório um doente politraumatizado. Nesta situação foi muito importante o trabalho em equipa, a rapidez de atuação, a garantia da assepsia, a administração de drogas para suporte de vida, tudo isto realizado pelo enfermeiro perioperatório nas suas diversas funções. Foi muito importante nesta situação o trabalho em equipa, e nomeadamente em equipa multidisciplinar e a comunicação entre os

diversos elementos. A comunicação foi importante para cada um assumir a sua posição e realizar as diferentes tarefas sem se sobreporem uns aos outros, ou seja, enquanto uns se preocupam com a cirurgia outros com a reanimação da pessoa que entrou em paragem cardiorrespiratória, outros com administração de medicamentos, manobras entre outras coisas.

A nossa prestação nesta situação foi apenas na colaboração através de abertura de material estéril, auxiliar a equipa cirúrgica na paramentação, na preparação e administração de terapêutica, providenciar material para a sala e outras coisas para as quais fomos solicitados pelos elementos da equipa. Por outro lado, a cirurgia programada além de também apresentar as suas exigências permite outro tipo de tranquilidade na preparação do material, na execução de técnicas, nas diferentes funções.

No entanto, durante este percurso desenvolvido em contexto perioperatório, nomeadamente no Bloco Operatório, também nos foi possível desenvolver as competências de Mestre que são, segundo o Decreto Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006, publicado em Diário da República:

“a) Possuir conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”;

No que se relaciona com o conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que desenvolva e aprofunde e que permita e constitua a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação, foi desenvolvido este parâmetro para a aquisição do grau de Mestre, através de todo o trabalho desenvolvido ao longo do curso de Mestrado e no âmbito do estágio e do trabalho de projeto, através de toda a pesquisa efetuada, literatura acedida de forma a adquirirmos conhecimento e compreensão dos assuntos em questão, de forma adquirir conhecimentos, a aprofundá-los e desenvolvê-los. O que o torna mais evidente, é todo este trabalho, de realização do trabalho de projeto, pela pesquisa efetuada sobre a presença dos pais ou pessoa significativa até à indução anestésica. Toda a pesquisa efetuada, que posteriormente resulta em novos conhecimentos, e quando levados para a prática resultam numa melhoria da prática, e ajuda a fundamentá-la cada vez com conhecimento científico fidedigno e atual, o que se traduz numa melhoria significativa da qualidade, excelência e

humanização da prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios. Também se evidencia pela realização do artigo científico, a Revisão Integrativa da Literatura, em que para chegar ao resultado final é necessário um árduo caminho de definição de tema, questão norteadora, de pesquisa, de extração de conhecimento dos artigos selecionados. Assim consideramos que tendo por base todos os conhecimentos base do curso de Enfermagem, neste curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória conseguimos desenvolver e aprofundar conhecimentos nesta área de cuidados específica e altamente diferenciada. O mesmo serviu de ponto de partida para desenvolver aplicações originais em contexto de investigação como é o caso do presente relatório de estágio e do projeto de intervenção em serviço de acordo com a metodologia de projeto e também através da realização da Revisão Integrativa da Literatura de forma a sustentar teoricamente todo o trabalho de projeto, nomeadamente acerca da presença/acompanhamento dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica.

“b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;”

Outra das competências, desenvolvidas ao longo deste percurso é a do: saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo. Para desenvolver esta competência, também foi importante de forma semelhante à anterior, todo o percurso académico inclusive o estágio no Bloco Operatório. Ao longo da nossa prática clínica diária e enquanto aluno do curso de MEPO, no estágio de BO, fomos confrontados com problemas diários aos quais temos que conseguir dar respostas. Esses problemas muitas vezes são inesperados e nós enquanto pessoas e profissionais muitas vezes na formação não somos preparados para lidar com os mesmos. Nestas situações enquanto profissionais de saúde temos que dar resposta às necessidades de forma a resolver os problemas e dar resposta às determinadas situações. Para tal, os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde tem se adaptar as novas situações e muitas vezes inovar, mantendo sempre os princípios íntegros. Essas adaptações passam tendo em conta o nosso trabalho de projeto, no que se relaciona, aos pais/pessoa significativa, às suas crenças culturais, condição socioeconómica, temperamento das crianças, diferenças anatómicas, entre outras. Nesta situação englobam-se as situações de urgência que vivenciamos no Bloco Operatório, em que

nunca sabemos o doente que irá aparecer, o seu historial, antecedentes pessoais. Como no caso, que referimos do politraumatizado, em que não existe algo determinado, mas ao longo da intervenção a equipa vai-se adaptando às exigências para dar resposta às necessidades do doente, ou seja, de forma a promover a vida e o bem-estar do doente. Também, no nosso caso concreto realizar uma formação em Enfermagem Perioperatória, não sendo esta a nossa área de cuidados habitual, o que foi uma situação aliciante, desafiadora, mas muito trabalhosa, pois envolveu muito estudo e dedicação a esta nova área de cuidados em que se começa do zero. A realização do estágio do mestrado em Enfermagem Perioperatória constitui-se uma situação nova e não familiar para nós, que enquanto profissionais não tínhamos qualquer tipo de contato com esta área de cuidados. Porém, consideramos que atingimos esta competência de mestre porque ao longo do estágio realizado fomos adquirindo as diferentes competências clínicas dos enfermeiros perioperatórios nas diferentes funções, apesar de em algumas, se encontrar mais desenvolvidas do que noutras, mas esse constrangimento deveu-se a aspetos relacionados com a exigência do cuidar que engloba os cuidados perioperatórios, nomeadamente em Bloco Operatório. Também consideramos que atingimos esta competência de mestre porque apesar de não sermos experientes na área de cuidados, em questão, conseguimos identificar e seleccionar uma área de atuação de forma a desenvolvermos o projeto de intervenção em serviço e assim dar respostas àquelas necessidades do serviço em questão e da própria população alvo, que neste caso, são os pais/pessoa significativa e crianças/jovens em situação perioperatória. Em suma, consideramos que conseguimos desenvolver esta competência de mestre, no âmbito perioperatório.

“c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;”

No que diz respeito à capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem, enquanto aluno do curso de mestrado procurei no estágio, enquanto enfermeiro perioperatório centrar o cuidado no doente, através de um processo intelectual, científico e metódico de forma a mobilizar o conhecimento de forma a promover a melhoria do cuidar e assim garantir a

qualidade , a continuidade e a educação junto do doente/família e da equipa de saúde (AESOP, 2006). Neste sentido o enfermeiro perioperatório deve atuar na sua prática clínica diariamente tendo por base um pensamento crítico, analisando sempre a sua prática de forma a avaliar a sua prestação, e identificar focos de mudança e desta forma implementá-los de forma a promover a qualidade. Na prática clínica o enfermeiro também lida com questões complexas pois *“A enfermagem perioperatória abrange todo o ciclo de vida do homem. Com a evolução tecnológica, hoje em dia é possível efectuar cirurgias que atravessam transversalmente o ciclo da vida do indivíduo, isto é, desde a cirurgia intra-uterina à colheita de órgão pos morte.”* (AESOP,2006, p.3). A enfermagem é uma profissão que envolve situações ético-morais complexas, e tem vindo a apresentar diversas alterações desde o início do século XX com o desenvolvimento das ciências médicas, sociodemográficas e económicas. Desta forma, modelou a estrutura e a finalidade da profissão de enfermagem, onde o conceito de cuidar é realçado como algo central e que deverá ser desenvolvido protegendo a dignidade da pessoa. Este desenvolvimento teve grande relevo ao nível da responsabilidade ética e deontológica. Enquanto enfermeiros devemos sempre garantir que na nossa prestação, e ao longo do estágio foi uma constante na nossa prestação de cuidados, que nos devemos reger pelos princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça (Queirós, 2001). Adquirimos esta competência porque além de na nossa prática clínica os princípios éticos foram transversais nas nossas relações com os doentes e outros elementos da equipa, mas também porque na concessão do trabalho de projeto foram assegurados os princípios éticos preconizados para os trabalhos de investigação. Também porque fomos adaptando a novas situações todos os dias e colocando em prática o conhecimento adquirido através da pesquisa e leitura e pelos conhecimentos partilhados pela Enf.^a Orientadora e outros elementos da equipa de enfermagem o que revela capacidade para integrar novos conhecimentos. O que se justifica porque ao longo do estágio fomos ficando cada vez mais autónomos no exercício de algumas funções do enfermeiro perioperatório. Também pelo facto de refletirmos sobre a nossa prática clínica diária aplicando assim o pensamento crítico com vista a melhorar sempre a nossa prestação de cuidados e assim promover a garantir a melhoria da qualidade e a excelência dos cuidados prestados. Consideramos também que atingimos esta competência de mestre na realização da Revisão Integrativa da Literatura quando nos deparamos com a escassez de estudos na área e tivemos que realizar uma investigação com as limitações de estudos, nunca defraudando o novo conhecimento em prol da temática que daí resultou.

“d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;”

Outra competência fundamental para a aquisição do grau de Mestre é sermos capazes de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Esta também foi desenvolvida em contexto clínico e diz respeito ao comunicar as informações relevantes de forma a garantir a continuidade dos cuidados perioperatórios, quer a profissionais de saúde como na realização de ensinamentos de forma clara aos doentes de forma a garantir um pós-operatório com o menor risco de complicações possíveis. No que diz respeito aos profissionais, relaciona-se com o garantir uma transição de cuidados em segurança e eficaz de forma a garantir a continuidade dos cuidados, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. Esta competência também é fundamental. Tendo em conta o nosso trabalho de projeto é importante comunicar de forma clara e transmitir informações quer a crianças/jovens como aos seus pais/pessoa significativa, acerca da sua presença até à indução anestésica no Bloco Operatório, de forma a garantir que este processo de acompanhamento decorra sem intercorrências. Adquirimos esta competência por realizarmos sempre a transição de cuidados quer do intraoperatório como da UCPA para o internamento sem qualquer tipo de dificuldades. Também através da realização dos registos de enfermagem, que são de extrema importância para a transição de cuidados, e são segundo Duarte & Martins, (2014) uma *“componente vital de uma prática segura, ética e efetiva, independentemente do contexto da prática”* (p.47) Por outro lado, sempre que existiam complicações as comunicávamos de forma clara e coerente e no mesmo sentido, realizávamos ensinamentos nomeadamente aos pais/pessoa significativa das crianças/jovens na UCPA. Também, consideramos que a mesma foi adquirida pela participação no Congresso em Enfermagem Perioperatória- Da Prática à Evidência dos Cuidados, onde foram comunicados os principais resultados extraídos da realização da Revisão Integrativa da Literatura que fornece suporte científico a este Relatório (APÊNDICE XIV).

Desta forma afirmamos que adquirimos também esta competência de mestre porque realizamos sempre uma boa comunicação na transição de cuidados dos doentes, na realização dos registos e ainda na apresentação dos principais resultados da Revisão

Integrativa da Literatura no Congresso científico em Enfermagem Perioperatória realizado a 25 de janeiro de 2019, no IPS.

“e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

Como última competência definida para obtenção para o grau de Mestre, no nosso caso específico em Enfermagem Perioperatória, temos o desenvolvimento de competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. Para desenvolver competências ao nível da aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientado e com autonomia é necessário ter uma postura de sede conhecimento, isto é, procurar conhecimento e aprender todos os dias algo novo. A Enfermagem Perioperatória, é uma área altamente complexa, com cuidados de saúde diferenciados e complexos, para tal, enquanto enfermeiros perioperatórios devemos sempre procurar adquirir conhecimentos sobre todas as situações de forma a termos segurança na prática clínica e a justificar as nossas ações. O conhecimento em saúde está em constante mudança pelo que devemos sempre procurar estar informados, capacitados, ou seja, devemos sempre procurar conhecimento. Durante a realização do estágio procuramos sempre respostas, conhecimento para as nossas lacunas, e dado que o conhecimento se adquire ao longo da vida, isto é, nunca sabemos tudo, é importante fomentar em nós o espírito de pesquisa e procura, do ir à procura de conhecimento de forma a sustentar a nossa prática clínica diária, até porque o conhecimento se encontra em constante mudança e evolução, isto é, não é estático. Da mesma forma é da nossa responsabilidade trazer novos conhecimentos para a prática clínica, e os mais recentes conhecimentos através da procura em base de dados científicas, ou seja, conhecimento fidedigno. Esta traduz-se numa grande exigência para nós, enquanto futuros mestres em enfermagem perioperatória, pois devemos sempre procurar conhecimento e o mais recente conhecimento e levá-lo aos nossos locais de trabalho de forma a colocá-lo em prática promovendo a melhoria da prática de cuidados diária e assim promover o desenvolvimento dos cuidados com vista a melhoria da qualidade e a promoção do bem-estar para os doentes e suas famílias, bem como para o desenvolvimento profissional. Este conhecimento ainda deverá ser partilhado, no serviço através de formações ou mesmo através de congressos como aquele em que participámos. Desta forma também consideramos que atingimos esta competência de mestre em enfermagem perioperatória. Atentamos que conseguimos desenvolver as diversas

competências estipuladas durante a realização deste estágio quer no confronto diário com situações clínicas complexas, na aquisição de novos conhecimentos e ainda na realização do projeto de formação individual tendo por base a metodologia de projeto. Pensamos que conseguimos desenvolver dentro das possibilidades todas as competências propostas para obtenção do grau de Mestre e para tal consideramos que a realização deste estágio em contexto de Bloco Operatório, e que todas as experiências oferecidas pelo mesmo foram um contributo sem dúvida muito grande para esta etapa do nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

CONCLUSÃO

Com a consecução deste relatório pensamos que alcançámos os objetivos a que nos propusemos no início deste trabalho, pois refletimos sobre o desenvolvimento e aquisição das competências da Enfermagem Perioperatória, desenvolvemos também um enquadramento teórico sobre as competências e para o projeto de formação individual, e por último, desenvolvemos a metodologia de projeto nas suas diferentes fases num projeto de investigação científico na prática clínica. Com o desenvolvimento deste trabalho de metodologia de projeto sobre a temática da presença dos pais ou pessoa significativa, no Bloco Operatório, até à indução anestésica, permitiu-nos o desenvolvimento das diversas competências em Enfermagem Perioperatória e de Mestre.

A presença dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório é considerada uma mais valia pois traz benefícios para as crianças, pais ou pessoa significativa e para a própria equipa do Bloco Operatório, além de permitir uma maior confiança nos cuidados perioperatórios, o que se torna uma mais valia para a própria Enfermagem Perioperatória como para os próprios cuidados de enfermagem que são prestados com mais qualidade e ainda com mais humanização. Pois de acordo com a Teórica com que fundamentamos este trabalho, Jean Watson, o cuidar faz parte da Enfermagem e o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, ainda mais numa situação crítica como o é uma cirurgia para crianças/jovens. Assim torna-se fundamental que a Enfermagem tenha um papel ativo permitindo a presença dos pais/pessoa significativa e ter um papel junto dos mesmos de forma a diminuir toda a ansiedade e medo das crianças/jovens na medida do possível através da presença dos pais ou pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica.

Consideramos que ao longo de todo o trabalho fomos desenvolvendo as diversas competências, num processo gradual e trabalhoso, e não muito fácil, mas com o esforço e dedicação com que nos entregamos na execução deste trabalho e no desenvolvimento de competências, pensamos que atingimos o objetivo. Quanto aos objetivos do projeto, todos os objetivos foram alcançados e de certa forma o objetivo geral também, pois com o desenvolvimento deste trabalho de investigação, ficam assentes conhecimentos para a Enfermagem sobre esta temática que se aplicados irão contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica de crianças e jovens e também de seus pais/pessoa significativa. No

entanto consideramos também que muito mais trabalho pode e deverá vir a ser desenvolvido nesta temática de forma a aumentar os contributos de conhecimento para a Enfermagem Perioperatória e aumentar a qualidade e humanização dos cuidados a estes grupos.

Os principais contributos com a realização deste trabalho para a profissão que consideramos são: a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, maior humanização, promoção do bem-estar e ainda a satisfação do cliente, que vai ao encontro com os padrões de qualidade de Enfermagem. Em suma, a concretização deste trabalho trouxe-nos vários contributos a nível pessoal e profissional. Relativamente aos contributos pessoais temos o crescimento pessoal e interior, os momentos de reflexão, pelo aumento da capacidade de resiliência através da superação de todas as dificuldades vividas e sentidas, as vivências e todas as aprendizagens para a vida. Por outro lado, os contributos profissionais vão de encontro ao desenvolvimento e aquisição de novas competências e conhecimentos que aplicados a nível da prática clínica irão aumentar a qualidade dos cuidados prestados o que se tornará uma mais valia para as crianças/jovens e para seus pais/pessoa significativa. Também enquanto contributo profissional este percurso permitiu-nos a oportunidade de mudança, nomeadamente a nível profissional, dando-nos a oportunidade de trabalhar no Bloco Operatório e assim colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos ao longo deste curso de mestrado em Enfermagem Perioperatória.

Assim todo este curso de mestrado em enfermagem perioperatória, o estágio e a realização deste trabalho de projeto trouxeram muitas mais valias a nível pessoal, profissional, mas também para o serviço onde foi implementado bem como para aquelas populações alvo. Foi sem dúvida um longo caminho, árduo e difícil, mas sem duvida muito proveitoso quer para nós, mas também com certeza para aqueles que nos rodearam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Antunes, D., & Diogo, P. (July de 2017). Perioperative Family Centered Care: Nursing Interventions That Support Child And Family's Emotional Management. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular- Anestesiologia* - Volume 24 N.º 3-4, p. 196.
- Bell, J. (1997). *Como Realizar um Projeto de Investigação- Um Guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação*. Trajectos.
- Bellman, L., & Mamly, K. (2003). *Enfermagem cirúrgica- Prática Avançada* - Prólogo de Judy Lumly. Loures: Lusociência.
- Benito, G. A., Tristão, K. M., Paula, A. C., Santos, M. A., Ataíde, L. J., & Lima, R. C. (jan- fev de 2012). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn*, pp. 172-178.
- Bhalla, T. (14 de February de 2017). Mom... Stop stressing me out!! Parental presence and its effect on cortisol levels in children. *Journal of Clinical Anesthesia*, pp. 32- 33.
- Campanhoudt, R. G. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Trajectos.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos*. Perspectivas dos actores. Loures: Lusociência.
- Chundamala, J., Wright, J. G., & Kemp, S. M. (20 de December de 2009). An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Canadian Anesthesiologists' Society*, pp. 58-70.
- Coll, C., Marchesi, Á., Palácios, J., & Colaboradores. (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação- Psicologia Evolutiva 1º Volume- 2ª Edição*. Santana- Porto Alegre: Artmed.
- Deontológico, C. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro). Diário da República.

- Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel.
- Enfermagem, C. I. (2011). *COMBATER A DESIGUALDADE: MELHORAR O ACESSO E A EQUIDADE*. Geneve: Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermeiros, O. d. (dezembro de 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual- Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermeiros, O. d. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- Número 3 / Volume 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Felix, D., & Rosa, D. (dezembro de 2003). *Estudo realizado no Bloco Operatório do Hospital Garcia de Orta sobre o trabalho em equipa em enfermagem*. AESOP- Revista n.º 12, Vol. IV, p. 23.
- Figueiredo, N. M., Leite, J. L., & Machado, W. C. (2008). *Centro Cirúrgico- Atuação, Intervenção e Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Yendis.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação - Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os fundamentos à Prática Profissional - 4-ª Edição*. Porto Alegre: Artmed.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong- Fundamentos de Enfermagem Pediátrica 8.ª Edição*. Elsevier/ ABEn.
- Horton, P. B., & Hunt, C. L. (1981). *Sociologia*. Brasil: MCGRAW - HILL DO BRASIL.
- Hussain, A., & Khan, F. (Abri- June de 2016). Comparison of Anxiety Score in Children With and Without Parental Presence . *Journal of Pioneering Medical Sciences- 20 th Annual PGME Conference- Aga Khan University*, p. 83.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Caldwell-Andrews, A. A., Saadat, H., McClain, B., & Wang, S.-M. (2006). Predicting wich clidren benefit most from parental presence during induction of anesthesia. *Pediatric Anesthesia*, pp. 627-634.
- Kar, S. K., Ganguly, T., Dasgupta, C. S., & Goswami, A. (14 de December de 2015). Preoperative Anxiety in Pediatric Population: Anesthesiologist`s Nigtmare. *IMedPubJournals - Translational Biomedicine* vol.6, pp. 1-9.

- Kruger, P., & Rosen, D. (4 de Agosto de 2016). Parental presence at induction of anesthesia is feasible with minimal preparation and resources. *Canadian Anesthesiologist's Society*, pp. 1207-1208.
- Lages, N., Fonseca, C., & Abelha, F. (outubro de 2006). *Unidade de cuidados pós anestésicos - Tempo de definir novos conceitos?* Revista SPA vol.15 n.º 4, pp. 18- 26.
- López, M. A., & Cruz, M. J. (2002). *Centro Cirúrgico - Guias Práticos de Enfermagem*. McGraw-Hill.
- Macedo, A. P. (Dez de 2013). A supervisão de estágios em enfermagem: entre a escola e o hospital. *Revista de Enfermagem Referência - III série* n.º 11, pp. 49-58.
- Machotta, A. (27 de Februar de 2014). Begleitpersonen Während der Narkoseeinleitung von Kindern. *Department of Anesthesiology- Sophia Children's Hospital, Erasmus MC Rotterdam*, pp. 326-330.
- Malik, R., Yaddanpudi, S., Panda, B. N., Kohli, A., & Mathew, P. J. (July de 2018). Predictors of Pre-operative Anxiety in Indian Children. *The Indian Journal of Pediatrics*, pp. 504-509.
- Martins, J. C. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem* vol. 12 N.º 2 2-º semestre, pp. 62-66.
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 758-764.
- Mendes, J. (janeiro/junho de 2006). A Relação de Ajuda: Um instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Informar- Revista de formação contínua em Enfermagem- ANO XII* N.º 36, pp. 71-77.
- Menezes, S., & Tomazinho, L. D. (abr./jun. de 2014). Presença de familiares durante a indução anestésica de crianças: Revisão de Literatura. *Rev. SOBECC*, pp. 92-98.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o Ombro- Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem- Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde.

Nurses, I. C. (2012). The ICN Code of Ethics For Nurses. (pp. 1-10). Geneva: ICN.

Ozdogan, H., Cetinalp, K., Kuran, S., Tugal, G., Tahiroglu, O., Herdem, M., & S., H. (2017). The effects of maternal presence during anesthesia induction on salivary cortisol levels in children undergoing tonsillectomy and/or adenoidectomy. *Journal of Clinical Anesthesia*, pp. 64-66.

Queirós, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Lisboa: Quarteto.

Rasti, R., F., J., & Motamed, N. (4 de August de 2014). The effect of parental presence on anxiety during anesthesia induction in children 2 to 11 years of age undergoing surgery. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* Vol 12, No 1, pp. 9- 17.

República, D. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) I Série A.

República, D. d. (24 de março de 2006). Decreto-Lei n.º 74/2006, publicado em Diário da República I série A N.º 60.

República, D. d. (2 de agosto de 2017). Despacho n.º 6668 - Diário da República- 2.ª série- N.º 148. pp. 16068-16069.

República, D. d. (2017). *Saúde- Gabinete do Secretário de Estado adjunto e da Saúde- Despacho n.º 6668/2017 - 2 de agosto de 2017 N.º 148- 2.ª Série*.

República, D. (2018) Regulamento n.º 429/2018- Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, pp. 19359-19370.

Ribeiro, L. T., & Araújo, O. H. (jul- set de 2017). O Estágio Supervisionado: Fios, Desafios, Movimentos e Possibilidades de Formação. *RIAEE- Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação - v. 12 n.º 3*, pp. 1721-1735.

Rothrock, J. C. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico 13.ª Edição- Alexander*. Loures: Lusodidacta.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (janeiro- março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos* N ° 15, pp. 1-37.

Sadeghi, A., Tabari, A. K., Mahdavi, A., Salarian, S., & Razavi, S. S. (2016). Impact of parental presence during induction of anesthesia on anxiety level among pediatric patients and their parentes: a randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, pp. 3237-324.

Sampaio, A. (2016). Manual de Cuidados Pós-Anestésicos. Centro Hospitalar do Baixo Vouga; Centro Hospitalar de Leiria; Centro Hospitalar de Tondela-Viseu; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Sánchez, A., Soliveres, J., Hernandez, M., Palomar, G., Solaz, C., & Lledó, M. (June de 2014). Parental presence during anesthesia induction. Does it improve quality of anesthesia? *European Journal of Anaesthesiology - 1 AP7-9 - volume 31*.

Scully, S. M. (July de 2012). Parental Presence During Pediatric Anesthesia Induction. *AORN Journal vol 96* No 1, pp. 26-33.

Smith, J. (May de 2017). Parental Presence During Induction of Anaesthesia- An Evidence Based Practice Review. Focus: *Peri/Post Op Care volume 24* No 10, p. 40.

Souza, G. C., Peduzzi, M., Silva, J. A., & Carvalho, B. G. (2016). Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? *Journal of school of nursing- University of São Paulo*, 642-649.

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: O que é e como fazer. *Einstein*, 102-106.

Sun, Y., Qi, S., Qi, R., Dong, X., An, J., & Yuan, H. (11 de August de 2017). The effect of parental presence to perioperative anxiety of Chinese clildren and their parents. *Biomedical Research Volume 28*, pp. 7519-7521.

Sun, Y., Yang, J., Sun, J., Zhang, G., An, J., & Yuan, H. (September de 2016). The impact of parental presence in preschool children facial trauma surgery. *Pak. J. Pharm Sci - Vol.29* No 5, pp. 1863-1867.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

Wassem, H., Mazzamurro, R. S., Fisher, A. H., Bhowmik, S., Zaman, R. A., Andrew, A., & Bauer, D. F. (2018). Parental satisfaction with being present in the operating

room during the induction of anesthesia prior to pediatric neurosurgical intervention: a qualitative analysis. *JNS Pediatric - J Neurosurg Pediatr* volume 21 May , 528-534.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

wright, L. M., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Família - Um Guia para a avaliação e Intervenção na Família - Terceira Edição*. São Paulo: Editora Roca LTDA.

APÊNDICES

Apêndice I- Entrevista Semiestruturada

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Questões norteadoras para a entrevista semiestruturada junto da Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientada.

1- Existe alguma lacuna/necessidade que necessite de ser trabalhada no serviço?

2- Identifica alguma necessidade por parte da equipa de enfermagem?

3- Identifica algum ponto fraco no serviço que necessite de ser trabalhado?

Apêndice II- Questionário de Diagnóstico à Equipa de Enfermagem

Caro(a) Colega,

Enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, a realizar o estágio no Bloco Operatório, pretendo desenvolver um Projeto de intervenção em serviço. Para a concretização deste Projeto revela-se necessário um diagnóstico de situação através da aplicação de um questionário à equipa de Enfermagem do Bloco Operatório.

O Estágio decorre sob orientação da Enfermeira Ana Vences e orientação científica do Professor António Freitas.

A problemática a estudar relaciona-se com acompanhamento da criança/jovem pelos pais/pessoa que os substitua.

Assim, venho solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste breve Questionário. É de fácil e rápido preenchimento, o tempo estimado de resposta é de 3 minutos. O questionário é **ANÓNIMO**, a sua participação é voluntária e pode interromper o seu preenchimento quando entender. Todos os resultados daqui extraídos destinam-se a fins académicos e comprometo-me a partilhá-los com a equipa.

Grato pela sua colaboração!

David D'Oliveira

QUESTIONÁRIO

Anos de experiência profissional em Bloco Operatório

até 3 anos ☐ 4- 6 anos ☐ 7-9 anos ☐ >10
anos ☐

1. Tem conhecimento do Despacho n.º 6668/2017, publicado em Diário da República n.º 148/2017, série II de 2017-08-02, que assegura como direito o acompanhamento das crianças ou jovens com idade inferior a 18 anos, pelos pais/pessoa que os substitua no momento da indução anestésica e durante o recobro cirúrgico?

Sim ☐

Não ☐

Se a sua resposta for **NÃO**, pare por aqui o questionário e agradeço a sua colaboração.

1.1 Se SIM, considera esta medida importante para a criança/jovem e seus pais/pessoa que os substitua?

Sim ☐

Não ☐

2. Conhece os benefícios para a criança/jovem da presença dos pais/ pessoa que os substitua, resultantes deste acompanhamento?

Sim ☐

Não ☐

2.1 Se SIM, enumere pelo menos 1:

3. Na sua opinião, considera que os pais/pessoa que os substitua têm conhecimento deste direito e do processo de acompanhamento dentro do Bloco Operatório?

Sim ☐

Não ☐

4. Na sua atividade profissional já teve a possibilidade de assistir ao acompanhamento pelos pais/pessoa que os substitua, na sala operatória, até à indução anestésica?

Sim ☐

Não ☐

4.1 Se SIM, pensa que existiu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem em situação perioperatória?

Sim ☐

Não ☐

5. Na sua opinião, se considera que a presença dos pais/pessoa que os substitua é uma mais valia, seria em que fase?

Até à indução anestésica ☐

UCPA ☐

5.1 Se a sua resposta acima foi apenas UCPA, enumere pelo menos 1 razão pela qual não considerou “Até à indução anestésica”.

6. Na sua opinião, quais são os maiores constrangimentos que podem dificultar este acompanhamento da criança/jovem pelos pais/pessoa que os substitua? Enumere pelo menos 1.

7. Considera que apresenta necessidades de formação e esclarecimentos sobre a temática do acompanhamento da criança/jovem pelos pais/pessoa que os substitua?

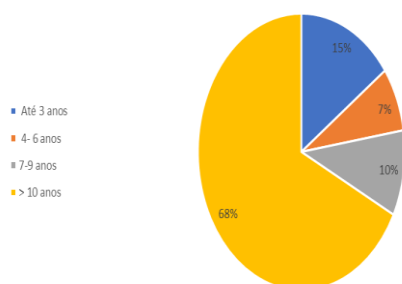
Sim ☐

Não ☐

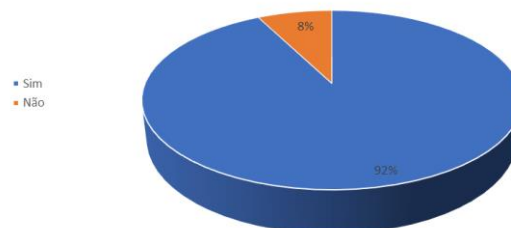
Muito Obrigado pelo seu contributo!

Apêndice III- Gráfico dos Questionários

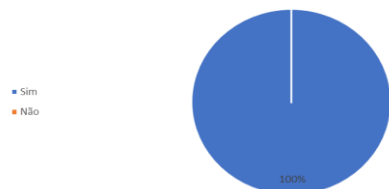
Anos de Experiência em Bloco Operatório



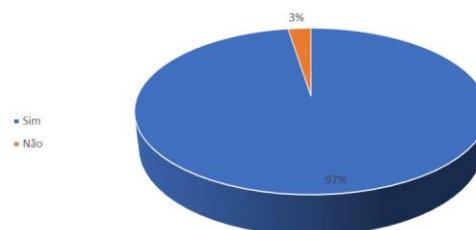
Conhecimento do Despacho n.º 6668/2017, publicado em Diário da República n.º 148/2017 série II de 2017-08-02



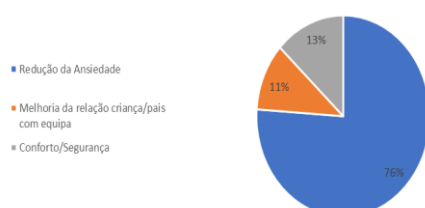
Considera esta medida importante para a criança/jovem e seus pais/pessoa que os substitua



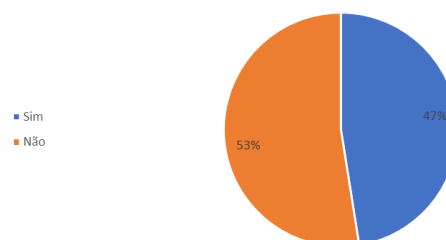
Benefícios do acompanhamento da criança/jovem pelos pais/pessoa que os substitua



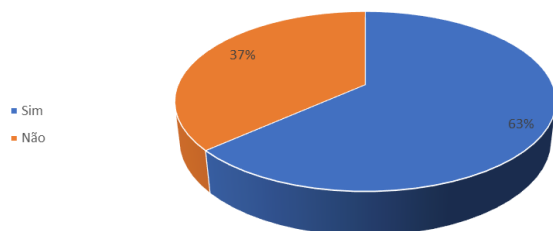
Principais benefícios enumerados pela equipa para a criança/jovem da presença dos pais/pessoa que os substitua



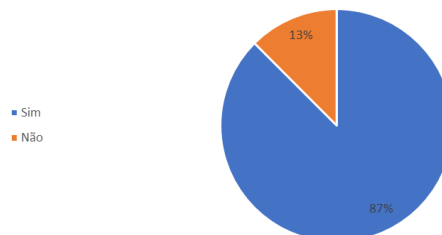
Conhecimento dos pais/pessoa que os substitua do direito de acompanhamento dentro do Bloco Operatório



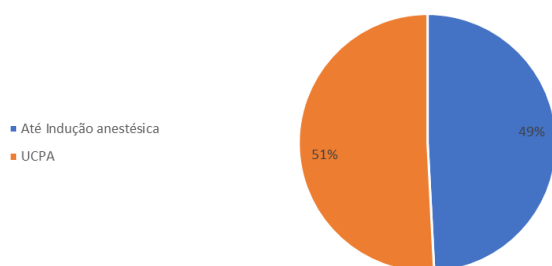
Possibilidade de assistir durante a sua atividade profissional o acompanhamento pelos pais/pessoa que os substitua na sala operatória até à indução anestésica



Existência de contributo para a melhoria dos cuidados prestados à criança/jovem em situação perioperatória



A fase em que a presença dos pais/pessoa que os substitua é uma mais valia

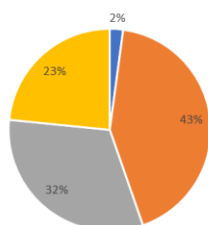


Principais razões pela qual não considerou "Até à indução anestésica"

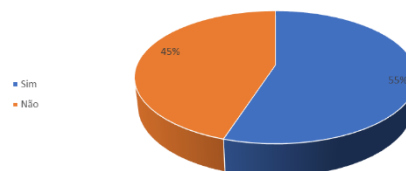


Os maiores constrangimentos que podem dificultar o acompanhamento da criança/jovem pelos pais/pessoa que os substitua

- Complicações durante a indução
- Comportamento/ansiedade das crianças/jovens e pais
- Falta de circuito/condições físicas do Bloco
- Falta de informação da equipa e pais



Necessidade formação e esclarecimentos sobre a temática do acompanhamento da criança/jovem pelos pais/pessoa que os substitua



Apêndice IV- Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades do Projeto

	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Estágio	x	x			x	x	x	x	x
Estágio de Observação						x			
Diagnóstico de Situação	x	x							
Planeamento		x							
Relatório de Progresso		x							
Entrega Relatório de Estágio									x
Pesquisa Bibliográfica	x	x			x	x	x	x	
Elaboração do Guia de Acolhimento/ Procedimento de Acolhimento dos Pais/pessoa que os substitua/ Revisão à Lista de Verificação Pré Operatória da criança/jovem					x	x	x		
Avaliação das atividades desenvolvidas (Guia/Procedimento/Revisão da verificação pré- cirúrgica da criança/jovem)									x

LEGENDA:

x- tempo prevista para realizar as atividades propostas

Apêndice V- Guia de Acolhimento aos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório

**Ao acompanhar a sua
criança/jovem torna-se um
membro da equipa!
Colabore sempre com a equipa!**

Em caso de dúvidas!
Telefone:

Trabalho realizado por:
Enfermeiro David D'Oliveira
Enfermeira Orientadora Ana Vences
Professor Orientador António Freitas
No âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola
Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Guia de Acolhimento para Pais/Pessoa significativa à criança/jovem no Bloco Operatório



Neste Guia de Acolhimento pretendemos explicar as regras e comportamentos a adotar para acompanhar a sua criança/jovem até à indução anestésica, de forma a tornar esta uma experiência positiva para todos.

SABIA QUE...

Com o Despacho n.º 6668/2017, publicado em Diário da República a 02 de agosto de 2017, os pais ou pessoa que os substitua têm o direito de acompanhar as suas crianças/jovens (até aos 18 anos) até à indução anestésica e posteriormente na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Uma cirurgia é um momento marcante na vida da criança e do jovem, que causa stress, medo e ansiedade.

A sua presença é benéfica pois permite:

- reduzir a ansiedade e o medo;
- aumenta a segurança e a cooperação com a equipa.

**A segurança da sua criança/jovem é a nossa
prioridade!**

A permissão de acompanhamento é possível sempre que a situação clínica o permita. A equipa da sala operatória tomará a decisão final.

Se for possível, acompanhar o sua criança/jovem até à indução anestésica, um dos profissionais de saúde dar-lhe-á o apoio necessário no Bloco Operatório.

**Apenas é possível o acompanhamento por
um dos pais/pessoa significativa!**

O que pode esperar no Bloco Operatório?

- *À entrada, será recebido pelos Enfermeiros e pelo Anestesta que lhe colocará algumas questões relativas ao estado de saúde da criança/jovem;
- * Será ainda questionado se pretende acompanhar a criança/jovem até à sala operatória.
- *Um dos profissionais dar-lhe-á, caso seja possível o acompanhamento, uma bata, barrete, máscara e protetor de sapatos para se equipar/vestir;
- * Irá ser explicado tudo o que irá acontecer até à indução da anestesia.



Com o início da anestesia a sua criança/jovem ficará sonolento. Poderá adormecer serenamente ou poderá ficar excitado movendo os braços, apresentar respiração ruidosa, revirar os olhos... Não se preocupe é uma etapa normal da anestesia!

Como pode ajudar?

- *permanecer junto da sua criança/jovem segurando a sua mão, de forma a não se sentir sozinho;
- * cantar ou conversar com voz suave e tranquila;
- *colaborar na transferência da criança/jovem da maca para a mesa operatória após a indicação da equipa;
- *transmitir confiança e conforto enquanto os enfermeiros e o médico anestesta dão a medicação que o vai colocar a dormir.

Após a indução anestésica irá ser acompanhado por um profissional de saúde até à saída, onde esperará pelo fim da cirurgia... poderão estar juntos novamente na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Apêndice VI- Revisão da Lista de Verificação Pré-Operatória

Etiqueta do Utente

Lista de Verificação Pré-Operatória

Serviço: _____ Cama: _____

Diagnóstico: _____

Cirurgia Proposta: _____

Data Cirurgia: __/__/____ Cirurgião Principal: _____

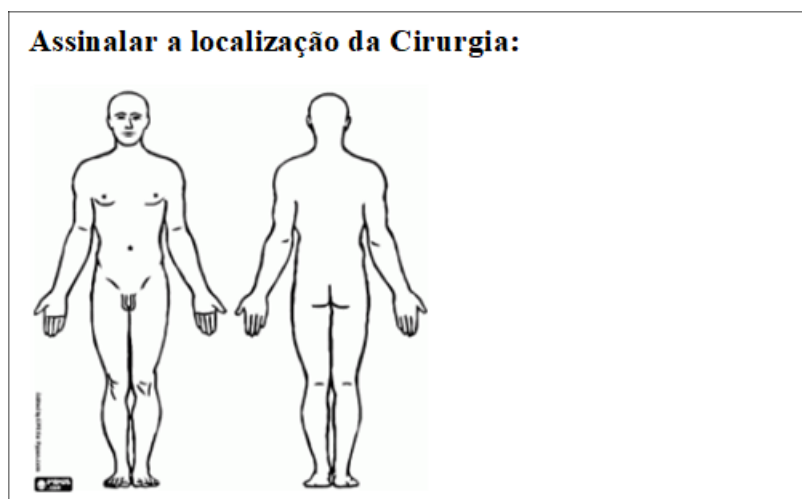
Preencher apenas se criança ou jovem com idade inferior a 18 anos:

Os pais/pessoa significativa da criança/jovem pretende o seu acompanhamento até à indução anestésica:

Entregue Guia de Acolhimento:

CRITÉRIO	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
Identificação do Utente			
Intervenção Cirúrgica Proposta			
Pulseira de Identificação			
Pulseira de segurança transfusional			
Folha de consentimento livre e esclarecido para atos médico-cirúrgicos			

Banho Pré- Cirúrgico			
Tricotomia			
Preparação intestinal/vesical			
Ausência de próteses, lentes de contacto, adornos metálicos, roupa interior ou outros objetos que possam interferir na segurança do utente			
Jejum			
Penso pré-operatório			
Marcação do local a operar pelo médico			
Acesso venoso			
Suspensão de terapêutica antiagregante			
Administração da profilaxia tromboembólica			
Contenção elástica dos membros inferiores			
Exames complementares de diagnóstico			



Observações: _____

	Enfermeiro/n.º Mecanográfico	Data	Hora
Enfermeiro que aplica a LVPO			
Enfermeiro que valida a LVPO no Bloco Operatório			

Conformidade Total	
Não conformidade	

Apêndice VII- Norma de Procedimento de Acolhimento dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório

	Procedimento Geral	
	Acolhimento dos pais/pessoa significativa da criança/jovem, no Bloco Operatório, até à indução anestésica	

1.OBJETIVOS

- contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica da criança/jovem em situação perioperatória e da sua família, no intraoperatório;
- uniformizar os cuidados de enfermagem perioperatórios prestados à criança e/jovem, relativamente ao acolhimento dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se ao Serviço de Bloco Operatório do....

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa n.º em / / 201

Serviço de Bloco Operatório

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento: Enfermeira Responsável pela coordenação do Serviço de Bloco Operatório, Enfermeiros do Serviço de Bloco Operatório.

4.2 Pela revisão do procedimento: Grupo de Trabalho pela elaboração do presente procedimento.

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
Enf.º David D'Oliveira Enf.ª Ana Vences Professor António Freitas		

5. DEFINIÇÕES

Bloco Operatório- Unidade Funcional autónoma constituída por diversos meios técnicos, materiais e humanos vocacionados para a prestação de cuidados anestésicos e cirúrgicos especializados, a doentes parcial ou totalmente dependentes com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (AESOP, 2006).

Cuidados Perioperatórios- São todas as atividades desempenhas por profissionais de saúde duras as diversas fases, pré, intra e pós-operatória da experiência cirúrgica do doente (AESOP, 2006).

Família- grupo de seres humanos com determinadas características específicas, vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composto por membros ligados através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo as pessoas que são importantes para o cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

BO- Bloco Operatório

UCPA- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

N.º- Número

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP. (2006). Enfermagem Perioperatória da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta.

Enfermeiros, O. d. (dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual- Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Enfermeiros, O. d. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- Número 3 / Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). Wong- Fundamentos de Enfermagem Pediátrica 8.^a Edição. Elsevier/ ABEn.

Menezes, S., & Tomazinho, L. D. (abr./jun. de 2014). Presença de familiares durante a indução anestésica de crianças: Revisão de Literatura. Rev. SOBECC, pp. 92-98.

República, D. d. (2 de agosto de 2017). Despacho n.º 6668 - Diário da República- 2.^a série- N.º 148. pp. 16068-16069.

8. DESCRIÇÃO

8.1 Fundamentação

Com o Despacho n.º 6668/2017, publicado em Diário da República n. 148/2017, Série II de 2017-08-02, que assegura como direito o acompanhamento das crianças ou jovens com idade inferior a 18 anos, pelos pais ou pessoa que os substitua no momento da indução anestésica e durante o recobro cirúrgico, afirma que o suporte emocional fornecido pelos pais ou pessoa que os substitua permite reduzir a ansiedade e da mesma forma trata-se de humanização dos cuidados.

Uma cirurgia traz associada consigo medo, *stress* e ansiedade que podem resultar numa experiência traumatizante com efeitos nefastos para a criança/jovem como na sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Uma intervenção cirúrgica é uma circunstância crítica na vida de uma pessoa/família que necessita de cuidados anestésico/cirúrgicos devido ao estado de vulnerabilidade física e emocional, a um estado de consciência alterado. No entanto apesar de ser algo transversal a todos os seres humanos, no caso das crianças/jovens apresentam outras proporções mais exacerbadas, pois a doença e a hospitalização mostram-se como as primeiras crises com as quais se deparam. Associados apresentam-se a separação, a perda de controle, lesão corporal e dor. (Hockenberry & Wilson, 2011). Ordem dos Enfermeiros (2011) ainda enumera a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido, a alteração da rotina e a dúvida no que se relaciona com o procedimento cirúrgico/anestésico e o resultado dos procedimentos.

Desta forma deve ser uma preocupação do Enfermeiro Perioperatório, pois este tem o dever de dar resposta às necessidades físicas, psicológicas e sociológicas com o objetivo de restabelecer ou manter a saúde e o bem-estar dos indivíduos (AESOP, 2006). Assim,

os enfermeiros têm um papel importante junto das crianças/jovens e da sua família, pois devido à sua proximidade com os pais e crianças/jovens conseguem mais facilmente promover e interceder de forma a diminuir o medo. O papel do enfermeiro junto da criança/jovem e da sua família deverá desenvolver-se em três etapas de prestação de cuidados como: o período pré, intra e pós-operatório (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No período intra-operatório o enfermeiro deverá:

- *estimular o acompanhamento dos pais ou pessoa que os substitua durante a indução anestésica da criança/jovem;
- * tranquilizar os pais ou pessoa que os substitua e encaminhá-los para a sala de espera;
- *comunicar a provável duração do procedimento cirúrgico-anestésico e ainda o circuito da criança/jovem;
- *explicar os comportamentos e as estratégias a adotar perante as reações da criança/jovem;

O Despacho n.º 6668/2017 promulgado em Diário da República a 2 de agosto de 2017, afirma ainda que a presença dos pais ou pessoa que os substitua permitem diminuir a ansiedade da criança/jovem com idade inferior a 18 anos e promovem o aumento da cooperação e trazem consigo benefícios para os mesmos e para a equipa de saúde. No mesmo sentido Menezes & Tomazinho (2014) defendem que a presença dos pais na sala de indução anestésica permite reduzir o nível de ansiedade das crianças e pais bem como permite melhorar a relação estabelecida entre enfermeiro-doente.

Ordem dos Enfermeiros (2011) defende que se deverá realizar um acolhimento personalizado, isto é, onde sejam apresentados todos os equipamentos e toda a equipa o que irá contribuir para criar maior confiança e consequentemente diminuir o medo e a ansiedade. Por outro lado, afirma que a presença dos pais no Bloco Operatório irá transmitir à criança/jovem segurança e tranquilidade o que cria um ambiente seguro e menos propício à ansiedade.

A problemática da presença dos pais ou significativa, revela-se importante pois permite a satisfação do cliente, o seu bem-estar e autocuidado e ainda a promoção da saúde, o que dá resposta aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que são um “(...) instrumento importante que ajuda a precisar

o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Desta forma faz parte das funções do Enfermeiro Perioperatório assegurar que esta necessidade das crianças/jovens seja assegurada de forma a humanizar os cuidados aos mesmos e a suas famílias promovendo a proteção da dignidade humana, a humanização dos cuidados e a melhoria da experiência cirúrgica das crianças/jovens em situação perioperatória.

8.2 No Serviço de Pediatria

- Entregar Guia de Acolhimento para pais /pessoa significativa e esclarecer dúvidas;
- Preencher a Lista de verificação pré-cirúrgica.

8.3 No Bloco Operatório

- entregar Guia de Acolhimento nos casos em que os pais/pessoa significativa não tenham recebido o mesmo no Serviço de Pediatria ou nos casos em que a criança/jovem venha do Serviço de Urgência;
- validar a Lista de Verificação Operatória;
- apresentar os elementos da equipa, na chegada ao Bloco;
- explicar as normas de paramentação e comportamentos a adotar, como constam no Guia de Acolhimento;
- explicar o circuito dos pais /pessoa que os substitua e da criança/jovem;
- frisar a importância de colaborar sempre com a equipa de forma a tudo correr na normalidade;
- explicar que se existir algum comportamento contrário ao indicado pela equipa, terá que aguardar na saída;
- esclarecer dúvidas;

- permitir que os pais/pessoa significativa acompanhem o seu filho até à sala operatória;
- explicar aos pais/pessoa significativa que devem de permanecer sempre junto da criança/jovem, expeto se alguma situação determinar o contrário;
- dar oportunidade aos pais/pessoa significativa para colaborar no posicionamento da criança/jovem para a mesa operatória;
- ensinar aos pais/pessoa significativa que devem ficar junto do mesmo até à indução anestésica;
- após a indução devem ser acompanhados por um profissional da equipa até à sala de espera;
- informar que poderá voltar a estar com a criança/jovem novamente no recobro pós anestésico- UCPA.

NOTA: O procedimento e o apoio aos pais/ pessoas significativas devem ser prestadas por um profissional de saúde do Bloco Operatório destinado para essas funções (Enfermeiro de Apoio, Enfermeiro de UCPA ou Enfermeiro de Sala Operatória) ou Assistente Operacional em que tenham sido delegadas essas funções pelo Enfermeiro.

9. INDICADORES

- Taxa de Prevalência na Entrega do Guia de Acolhimento

N.º de Guias Entregues x 100

N.º Total de Crianças/Jovens Operados

- Taxa de efetivação do acompanhamento dos pais/pessoa significativa no BO

N.º de Crianças/Jovens com a presença dos pais/pessoa significativa x 100

N.º Total de Crianças Operadas

10. ANEXOS

ANEXO I- Guia de Acolhimento para pais/pessoa significativa no Bloco Operatório

ANEXO II- Lista de Verificação Pré- Cirúrgica

Apêndice VIII- Artigo de Revisão Integrativa da Literatura

ARTIGO DE REVISÃO

Vantagens da presença dos pais/pessoa significativa, no Bloco Operatório, até à indução anestésica: Revisão Integrativa da Literatura

David D'Oliveira* António Freitas** Ana Ramos***

*Enfermeiro Mestrando do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória.

**Professor da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

***Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Resumo

Enquadramento: Com a promulgação do Decreto-Lei n.º 6668/2017, em Diário da República, a 2 de agosto de 2017, a presença dos pais/pessoa significativa até à indução anestésica, passou a ser possível. O que consta um desafio para a Enfermagem Perioperatória, visto que apresenta uma nova abrangência do cuidar.

Objetivo: Identificar as vantagens da presença dos pais/pessoa significativa, no Bloco Operatório, até à indução anestésica.

Metodologia: Pesquisas nas Base de dados integradas na EBSCO e Pubmed e em sites de referência como a ScienceDirect e AORN, seguindo o Protocolo da Joanna Briggs Institute.

Resultados: Após a leitura de título, resumo e da avaliação metodológica dos artigos, foram selecionados 9 artigos: 3 Artigos de opinião, 1 qualitativo, 1 transversal, 3 ensaio clínico e 1 clínico não randomizado. Os principais resultados indicam que o acompanhamento dos pais não é consensual relativamente aos efeitos da ansiedade, mas nos níveis de satisfação, no aumento da confiança dos cuidados perioperatórios e na qualidade da indução anestésica. A presença dos pais, para ser benéfica, devem receber formação por parte dos profissionais de saúde.

Conclusão: A presença dos pais/pessoa significativa até à indução

anestésica é uma mais valia para, ambas as partes, visto que de acordo com os estudos diminui a ansiedade dos pais, aumenta a sua satisfação, a qualidade da indução e os níveis de confiança nos cuidados.

Palavras-Chave: Enfermagem Perioperatória, Presença dos pais/pessoa significativa, Indução Anestésica, Bloco Operatório.

Abstract

Background: With the enactment of Decree-Law no. 6668/2017, in Diário da República, on August 2, 2017, the presence of parents / significant person until induction of anesthesia, became possible. This is a challenge for Perioperative Nursing, since it presents a new scope of care.

Objective: To identify the advantage of the presence of parents / significant person, in the Operating room, until anesthetic induction.

Methodology: Database searches integrated into EBSCO and Pubmed, and reference sites such as ScienceDirect and AORN, following the Joanna Briggs Institute Protocol.

Results: After reading the title, summary and methodological evaluation of the articles, 9 articles were selected: 3 Articles of opinion, 1 qualitative, 1 transversal, 3 clinical and 1 non-randomized clinical trial. The main results indicate that parental monitoring is not consensual regarding the effects of anxiety, but on levels of satisfaction, increased confidence in perioperative care and quality of anesthetic induction. The presence of parents to be beneficial should receive training from health professionals.

Conclusion: The presence of parents / significant person until induction Anesthesia is an asset to both parties, since according to studies it decreases parents' anxiety, increases their satisfaction, quality of induction and confidence levels in care.

Key words: Perioperative Nursing, Presence of parents / significant person, Anesthesia Induction, Operating room.

Introdução

Com o avanço dos cuidados de saúde têm-se constituído preocupações com novas problemáticas, sendo uma delas a presença dos pais no Bloco Operatório, nomeadamente, até à indução anestésica e no recobro. Esta problemática ganhou mais evidência com a promulgação em Diário da República do Decreto Lei n. °6668/2017, publicado a 2 de agosto de 2017. A presença dos pais no Bloco Operatório, nomeadamente até à indução anestésica, tem-se relevado como algo inovador para a qual os profissionais de saúde não se encontram preparados e noutras situações ainda se encontram renitentes (Menezes & Tomazinho, 2014). A presença dos pais durante a indução anestésica é um tema algo controverso apesar dos seus propósitos serem claros, como o aumento da cooperação, redução do medo e ansiedade quer das crianças como dos pais, o que por sua vez, diminui a necessidade de ansiolíticos (Barros, Pereira, Lages, & Lopez, 2005). Desta forma, considera-se pertinente a realização desta Revisão Integrativa de forma a identificar ou clarear as vantagens desse acompanhamento até à indução anestésica.

Para as crianças e jovens a separação dos seus pais antes de uma cirurgia constitui-se um momento que causa desconforto, e também o é de forma semelhante a indução anestésica e o recobro (Menezes & Tomazinho, 2014). Por outro lado, outros fatores contribuem para o aumento da ansiedade das crianças/jovens como o medo de danos no seu corpo, mutilação e morte; a separação dos pais ou de outra pessoa que seja sua referência; lugares, pessoas e rotinas desconhecidas; a incerteza sobre o comportamento adequado; medo da perda de controlo e de autonomia e a exposição de partes íntimas (Kar, Ganguly, Dasgupta, & Goswami, 2015). Assim é importante reconhecer que a criança e os pais podem ter diferentes reações durante a hospitalização. Neste os Enfermeiros

desempenham um papel importante pois são os que lidam de forma mais próxima com esta realidade, e onde a vertente humana e profissional andam juntas, isto é, têm um papel crucial na personalização e humanização dos cuidados (Teixeira & Figueiredo, 2009).

Uma cirurgia é um acontecimento de vida que perturba as crianças, os pais, ou seja, em suma, toda a dinâmica de uma família. Tudo isto provoca ansiedade em ambos os intervenientes, no entanto, esse grau de ansiedade aumenta em determinados momentos dos quais se destacam a separação dos pais; a entrada para a sala operatória, na transferência para a mesa operatória e na visualização de monitores e seringas, já dentro da sala (Kar, Ganguly, Dasgupta, & Goswami, 2015). Dado que todos estes acontecimentos são causadores de ansiedade na criança e nos próprios pais, revela-se importante a sua presença no Bloco Operatório até à indução anestésica. De forma semelhante e para que tal seja possível também é importante que os enfermeiros centrem os seus cuidados na família, isto é, prestem cuidados centrados na família. Estes cuidados centrados na família são importantes porque a hospitalização, a cirurgia, a separação dos pais, tornam a experiência cirúrgica daquela família em algo negativo (Antunes & Diogo, 2017).

Para estes cuidados, o Enfermeiro Perioperatório assume um papel importante, pois este corresponde ao profissional que no exercício das suas funções deve preocupar-se com todos os aspetos técnicos, mas também nos aspetos que se centram no doente e na qualidade da prestação de cuidados. Assim o Enfermeiro Perioperatório deve identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais dos doentes de forma a promover o bem-estar (AESOP, 2006).

Assim delineou-se a seguinte questão norteadora: Quais as vantagens da presença dos pais/pessoa significativa no momento da indução anestésica de crianças/jovens submetidos a cirurgia?

Com o decorrer desta Revisão Integrativa pretendemos dar resposta à nossa questão, de forma a atingirmos o objetivo que passa pela identificação das vantagens da presença dos pais até à indução anestésica, no Bloco Operatório.

Procedimentos Metodológicos da Revisão Integrativa

O presente trabalho é um artigo de revisão integrativa da literatura sobre as vantagens da presença dos pais no Bloco Operatório, nomeadamente até à indução anestésica. Este tipo de metodologia, Revisão Integrativa, é importante na medida em que permite integrar evidências na prática clínica, bem como, reunir e sintetizar resultados das pesquisas contribuindo assim para um aprofundamento do conhecimento sobre o tema a investigar (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Assim a Revisão integrativa é constituída por diversos passos, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) apresenta 6 etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; o estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; a interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento.

Neste percurso metodológico adotamos como critérios de inclusão, quanto à população alvo, crianças/jovens e pais ou pessoa significativa no Bloco Operatório, nomeadamente até à indução anestésica.

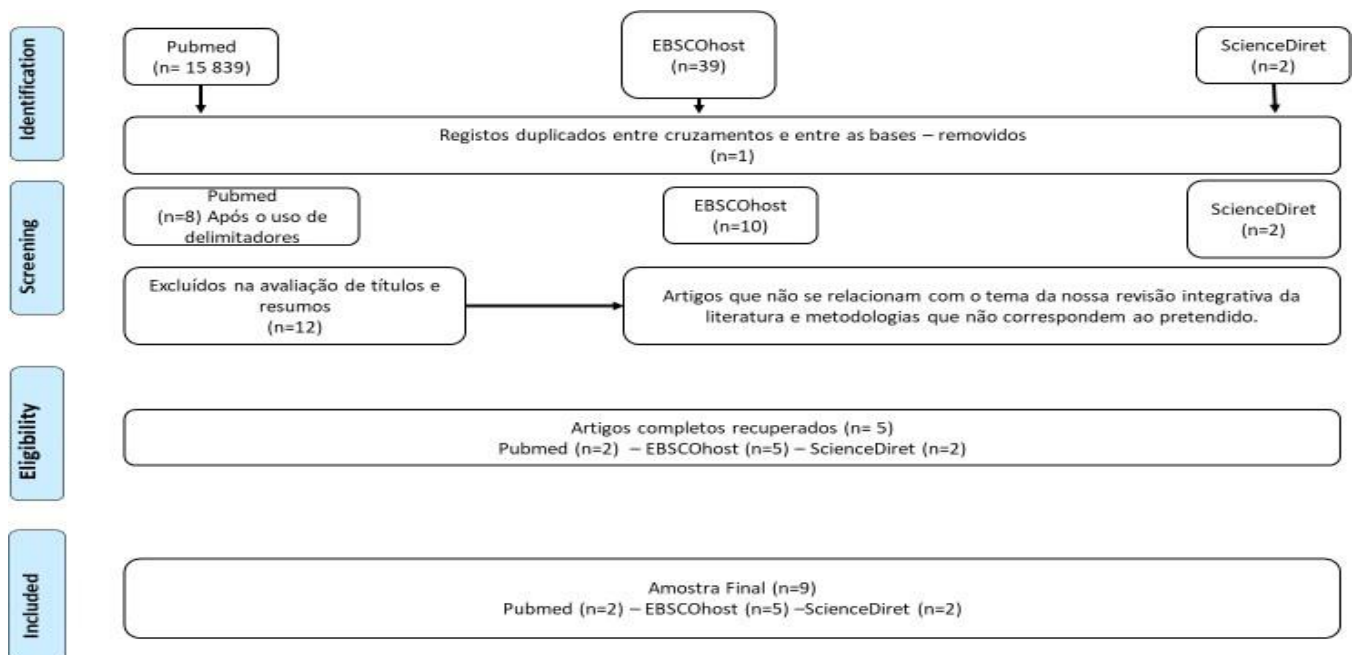
Em termos de estudos foram permitidos artigos científicos extraídos de Base de dados e de revistas científicas, em que o acesso através da Internet fosse possível. Também foram apenas permitidos estudos com textos integrais e com acesso gratuito nas bases de dados.

O limite de tempo dos estudos é dos últimos 5 anos, ou seja, de janeiro de 2014 a novembro de 2018. Não utilizamos limitadores relativamente a idioma. Como critérios de exclusão tivemos os relatórios de dissertação, teses de doutoramento, estudos sem texto completo, artigos em que acessibilidade apenas era possível através de pagamento. A pesquisa foi realizada na EBSCOhost que engloba as seguintes base de dados científicos: CINAHL Complete; Cochrane Collection Plus; Nursing & Allied Health Collection Expanded; MEDLINE Complete e Medic Latina. Esta foi realizada em setembro de 2018. Como palavras-chave foram utilizadas: *parental presence*. Por sua vez, os delimitadores utilizados foram apenas de janeiro de 2014 a setembro de 2018, texto completo PDF. Desta pesquisa foram encontrados 39 artigos. Dos 39 artigos foram apenas selecionados 10 artigos pelo título e leitura do resumo. Após leitura integral dos 10 artigos foram apenas selecionados 5 artigos.

Também foi realizada pesquisa na base de dados Pubmed em outubro de 2018. Nesta base de dados foram utilizados como *meshterms* também *parental presence*. Como outros delimitadores foram utilizados *full text*, últimos 5 anos e *humans* dos quais resultaram 15 839 artigos. Devido ao elevado número de artigos e de forma a afunilar mais a pesquisa efetuada, foi adicionado como *meshterm: anesthetic induction*. Desta base de dados foram selecionados 8 artigos, dos quais 1 é repetido e outro não responde à questão da revisão, e após leitura integral dos restantes ficamos apenas com 2 artigos. Posteriormente em novembro de 2018 ainda procuramos realizar uma pesquisa na base de dados ScienDiret colocando no motor de busca: *parental presence*. Após este passo colocamos como datas 2017, 2018 e 2019, surgindo uma grande diversidade de artigos, pelo título foram apenas selecionados 2 artigos.

Todos os artigos selecionados foram avaliados de acordo com as grelhas de avaliação da *Joanna Briggs Institute* acessíveis em: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html> De uma forma geral, todos os artigos apresentam qualidade metodológica.

Fluxograma das Etapas Metodológicas



Resultados e Interpretação

Os artigos selecionados para realizar esta Revisão Integrativa da Literatura encontram-se no Quadro 1.

	Quadro 1- Artigos utilizados na Revisão Integrativa
Artigo 1	Bhalla, T. (2017). Mom... Stop stressing me out !! Parental presence and its effect on cortisol levels in children. Journal of Clinical Anesthesia, pp. 32-33.
Artigo 2	Kruger, P., & Rosen, D. (3 de August de 2016). Parental presence is at induction of anesthesia feasible with minimal preparation resources. Canadian Anesthesiologists' Society, pp. 1207-1208. and r
Artigo 3	Machotta, A. (2014). Begleitpersonen während der Narkoseeinleitung von Kindern. Der Anaesthetist , pp. 326-330.
Artigo 4	Ozdogan, H. K., Cetinalp, S., Kuran, G., Tugal , O., Tahiroglu, M., Herdem, U., & Haytoglu, S. (2017). The effects of maternal presence during anesthesia induction on salivary cortisol levels in children undergoing tonsillectomy and/or adenoidectomy. Journal of Clinical Anesthesia, pp. 64-66.
Artigo 5	Rasti, R., Jahanpour, F., & Motamed, N. (4 de August de 2014). The effect of parental presence on anxiety during anesthesia induction in children 2 to 11 years of age undergoing surgery. Journal of Jahrom University of Medical Sciences vol. 12, No 1 , pp. 9-17.
Artigo 6	Smith, J. (May de 2017). Parental Presence during induction of anaesthesia- an evidence based practice review. Australian Nursing & Midwifery Journal- Volume 24 No. 10, p. 40.
Artigo 7	Sun, Y., Yang, J., Sun, J., Zhang, G., An, J., & Yuan, H. (September de 2016). The impact of parental presence in preschool children facial trauma surgery. Pak. J. Pharm. Sci- vol.29 No.5, pp. 1863-1867.
Artigo 8	Wassem, H., Mazzamurro, R. S., Fisher, A. H., Bhowmik, S., Zaman, R. A., Andrew, A., & Bauer, D. (May de 2018). Parental satisfaction with being present in the operating room during the induction of anesthesia prior to pediatric neurosurgical intervention : a qualitative analysis. J Neurosurg Pediatr Volume 21, pp. 528-534.
Artigo 9	Sadeghi, A., Tabari, A. K., Mahdavi, A., Salarian, S., & Razavi, S. S. (2016). Impact of parental presence during induction of anesthesia on anxiety level among pediatric patients and their parents: a randomized clinical trial. Neuropsychiatric Disease and Treatment, pp. 3237-3241.

Este segue o método indicado por Mendes, Silveira, & Galvão, (2008) que referem que a identificação do artigo, tipo de publicação, desenho do estudo, objetivos, amostra e ainda os principais resultados.

Estudo	País	Método	População/Amostra	Extração Resultados
Artigo 1	Estados Unidos	Opinião	Pais/crianças	<ul style="list-style-type: none"> - Se apresentassem um papel mais ativo a sua presença durante a indução anestésica era mais produtiva. -Os pais quando acompanham os filhos relatam menos ansiedade no pré- operatório e na sala de espera.
Artigo 2	Canadá	Transversal	Famílias de crianças entre os 1- 16 anos	<ul style="list-style-type: none"> -A presença dos pais na indução anestésica é algo muito importante na prática de cuidados, e é valorizado pelas crianças e pelos seus familiares. - Os pais serem acompanhados por voluntários no dia da cirurgia para os ajudarem a explicar o processo e ainda recebem um panfleto informativo.
Artigo 3	Alemanha	Opinião	Pais/crianças	<ul style="list-style-type: none"> - A presença tem efeitos positivos - Para o acompanhamento são necessárias medidas de controlo de infeção como as roupas de proteção, botas descartáveis e toucas deverão ser fornecidas. Também é necessário que os pais se encontrem preparados e informados do seu papel na sala operatória junto da sua criança/jovem, onde deve ter um papel essencialmente de distração, e por outro lado, deverão ser envolvidos pela equipa.

Artigo 4	Turquia	Clínico	não randomizado	<p>48 crianças com idades entre os 5- 12 anos que foram submetidas a amidalectomia e adenoidectomia. 21 rapazes e 27 raparigas. Foram divididos em 2 grupos cada um com 24 crianças, 1 grupo em que as crianças foram separadas das suas mães. Outro que permaneceu com as suas mães até à indução anestésica.</p>	<p>-Os níveis de cortisol salivar em crianças separadas das suas mães foram muito superiores ao que permaneceram com as suas mães na indução anestésica, pelo que os autores dos estudos concluem que presença dos pais tem efeitos positivos na redução da ansiedade da criança.</p>
----------	---------	---------	-----------------	--	---

Artigo 5	Irão	Ensaio Clínico	60 crianças com idades entre os 2 e os 11 anos de idade submetidos a cirurgia e divididos aleatoriamente em 2 grupos: controle e experimental.	-Não foram encontradas alterações significativas nos dois grupos na redução da ansiedade. -A presença dos pais é um cuidado fundamental às crianças e o que os pais se encontram mais satisfeitos e menos ansiosos. No entanto nas crianças não encontram alterações.
Artigo 6	Sidney	Opinião	Família/crianças	- Bebés com menos de 6/8 meses não beneficiam da presença dos pais durante a indução anestésica. Devem ser usados grupos etários específicos, entre os 2-6 anos de idade, onde a presença dos pais é benéfica e diminui a ansiedade da criança.
Artigo 7	China	Ensaio Clínico	49 crianças em idade pré-escolar com presença parental e 57 crianças em idade pré-escolar sem presença parental.	- A presença dos pais não aumenta a taxa de infeção da ferida. Apresentam um nível de satisfação superior e a taxa de ansiedade é menor no grupo onde a presença foi possível.
Artigo 8	Líbano	Qualitativo	Todos os pacientes menores de 18 anos submetidos a cirurgia na instituição hospitalar dos autores entre agosto de 2013 e dezembro de 2015. E ainda 96 pais escolhidos aleatoriamente.	-Aumenta a confiança nos cuidados perioperatórios e a satisfação. Também melhora os níveis de ansiedade.
Artigo 9	Irão	Clínico	96 crianças submetidos a cirurgia eletiva, divididos em 2 grupos. Um grupo com presença dos pais outro sem presença. Ambos foram medicados com midazolam, 20 minutos antes da cirurgia.	-A presença dos pais até à indução anestésica pode reduzir a ansiedade no pré-operatório dos doentes pediátricos. - Permite melhorar a qualidade da indução anestésica e melhora a satisfação dos pais, no entanto, não melhora a sua ansiedade.

Após a leitura de todos os artigos envolvidos nesta Revisão Integrativa, os estudos de uma forma geral nos mencionam que a presença dos pais até a indução anestésica no Bloco Operatório, apresentam vantagens quer para as crianças como para os pais, quer no seu nível de ansiedade como no seu grau de satisfação. A presença dos pais é fundamental até à indução anestésica e traz consigo associado diversas vantagens como a melhoria da satisfação dos pais e nos níveis de ansiedade como o aumento da confiança nos cuidados perioperatórios (Wassem, et al., 2018). A indução anestésica é um momento muito marcante e causador de stress para as crianças/jovens e também para os seus pais, que podem trazer consequências a nível fisiológico e psicológico. As principais

consequências passam pelo aumento do desconforto e na sua recuperação aumentar a hipótese de um comportamento mais reacionário (Sadeghi, Tabari, Mahdavi, Salarian, & Razavi, 2016). A presença dos pais durante a indução da anestésica permite melhorar a qualidade da indução e contribui para a maior satisfação dos pais, no entanto não melhora a sua ansiedade. Poderá ter efeitos na redução de ansiedade no pré-operatório (Sadeghi, Tabari, Mahdavi, Salarian, & Razavi, 2016). No entanto para que este processo de acompanhamento pelos pais ou pessoa que os substitua de crianças/jovens durante a indução anestésica seja eficaz, é importante que os mesmos desejem estar presentes e se encontrem informados, ou seja, capacitados para o acompanhamento. Para que tal aconteça é necessária a capacitação dos pais para o acompanhamento acerca do processo de indução, as reações esperadas e ainda o papel da equipa. Devem se encontrar informados sobre o espaço que deverão ocupar e o tempo de duração da sua presença, que deverá ser até a criança/jovem se encontrar a dormir. No mesmo sentido, urge como necessário as medidas de controlo de infeção como as roupas de proteção, botas descartáveis e toucas, que deverão ser fornecidas. Também é necessário que os pais se encontrem preparados e informados do seu papel na sala operatória junto da sua criança/jovem, onde deve ter um papel essencialmente de distração, e por outro lado, deverão ser envolvidos pela equipa (Machotta, 2014). A presença dos pais durante a indução anestésica é uma prática de décadas, que traz diversos benefícios, de acordo com diversos autores, para os pais, crianças/jovens e para a própria equipa. De acordo com Kruger & Rosen, (2016) os pais devem receber um panfleto informativo explicando todo o processo de acompanhamento durante a indução anestésica e de preferência antes da cirurgia.

Por outro lado, os pais quando acompanham as suas crianças/jovens durante a indução anestésica referem menos ansiedade na sala de espera. E deveriam ser informados acerca do seu desempenho, isto é, o que devem realizar durante o seu processo de acompanhamento permitindo que estes apresentem um papel mais ativo (Bhalla, 2017). A presença dos pais não aumenta a taxa de infeção da ferida e os mesmos ainda apresentam um nível de satisfação superior e a taxa de ansiedade é menor revela-se menor quando estes acompanham as suas crianças até à indução anestésica (Sun, et al., 2016).

A presença dos pais tem sido algo que tem gerado alguma controvérsia no que concerne aos cuidados centrados na família. Essa controvérsia é provocada por a presença dos pais causar distração do anestesista e equipa de enfermagem e ainda a possibilidade de reações

adversas dos pais e atrasos no horário das cirurgias (Smith, 2017). Porém torna-se benéfico criar grupos etários específicos onde a presença dos pais é aconselhada, como grupos entre os 2-6 anos de idade que são os que apresentam maior possibilidade de apresentar ansiedade. Por outro lado, crianças com menos de 6 a 8 meses de idade não beneficiam da presença dos pais durante a indução (Smith, 2017).

No mesmo sentido, Smith (2017), defende que é importante identificar determinadas situações clínicas específicas em que os pais não poderão acompanhar as suas crianças/jovem devido a complicações que poderão surgir no decorrer da indução anestésica. Por outro lado, existem autores que não encontraram alterações significativas redução da ansiedade das crianças. No entanto reconhecem que a presença dos pais é um cuidado fundamental às crianças e o que os pais se encontram mais satisfeitos e menos ansiosos (Rasti, Jahanpour, & Motamed, 2014).

Na mesma linha de pensamento, a presença dos pais apresenta efeitos positivos na redução da ansiedade da criança, porque em crianças separadas das suas mães apresentaram níveis de cortisol muito superiores comparativamente a outras que tinham a presença (Ozdogan, et al., 2017).

A mudança, quanto à presença dos pais na indução anestésica, deverá ocorrer dentro das próprias unidades de forma a promover a excelência dos cuidados aos mais vulneráveis, neste caso, as crianças e jovens e das populações (Smith, 2017).

Conclusão

A presença dos pais durante a indução anestésica revela-se algo fundamental enquanto foco para a enfermagem perioperatória pois além de trazer benefícios para a criança/jovem, pais e equipa de forma individual, em conjunto todos saem beneficiados e o resultado final resulta na promoção do bem-estar, na satisfação, e na excelência dos cuidados perioperatórios prestados à criança/jovem e sua família. Com esta revisão integrativa foi-nos possível compreendermos que a presença dos pais no Bloco Operatório, nomeadamente até à indução anestésica, apresenta vantagens. Dentro dessas vantagens, destacam-se a redução da ansiedade das crianças e pais, o aumento da confiança dos cuidados perioperatórios, melhoria da qualidade da indução anestésica e

maior satisfação dos pais, o que responde à nossa questão inicial. No entanto, esta temática da presença dos pais é um tema recente e algo controverso. Na realização deste trabalho as principais limitações foi encontrar estudos sobre o tema, daí os nossos critérios de inclusão sejam algo alargados. Pensamos que a realização desta Revisão Integrativa traz consigo implicações para a prática clínica, nomeadamente da Enfermagem Perioperatório, pois evidencia as principais vantagens da presença dos pais no Bloco Operatório. No entanto, esta temática carece de estudos.

Referências Bibliográficas

AESOP. (2006). Enfermagem Perioperatória- Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta.

Antunes, D., & Diogo, P. (July de 2017). Perioperative family centered care: nursing interventions that suport child and family`s emotional management. Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio- Torácica e Vascular- Volume 24 N.º 3-4, p. 196.

Barros, F., Pereira, S., Lages, N., & Lopez, M. (outubro de 2005). Ansiedade e grau de satisfação em anestesia pediátrica- Informação e presença dos pais durante a indução e recobro anestésicos, a sua repercussão na ansiedade e grau de satisfação, em anestesia pediátrica. Revista SPA, pp. 23-30.

Bhalla, T. (2017). Mom... Stop stressing me out!! Parental presence and its effect on cortisol levels in children. Journal of Clinical Anesthesia, pp. 32-33.

Kar, S. K., Ganguly, T., Dasgupta, C. S., & Goswami, A. (2015). Preoperative Anxiety in Pediatric Population: Anesthesiologist`s Nightmare. Transiational Biomedicine vol 6 No 4, pp. 1-9.

Kruger, P., & Rosen, D. (4 de August de 2016). Parental presence at induction of anesthesia is feasible with minimal preparation and resources. Canadian Anesthesiologist`s Society, pp. 1207-1208.

Machotta, A. (2014). Begleitpersonen Wahrend der Narkoseeinleitung von Kindern- Pro und Kontra. Der Anaesthesist , pp. 326-330.

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (8 de Out- Dez de 2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, pp. 758-764.

Menezes, S., & Tomazinho, L. D. (abr./jun. de 2014). Presença de familiares durante a indução anestésica de crianças: Revisão da literatura. *Rev. SOBECC*, pp. 92-98.

Ozdogan, H. K., Cetinalp, S., Kuran, G., Tugal, O., Tahiroglu, M., Herdem, U. E., & Haytoglu, S. (2017). The effects of maternal presence during anesthesia induction on salivary cortisol levels in children undergoing tonsillectomy and/or adenoidectomy. *Journal of Clinical Anesthesia*, pp. 64- 66.

Rasti, R., Jahanpour, F., & Motamed, N. (4 de August de 2014). The effect of parental presence on axiety during anesthesia indcution in clildren 2 to 11 years of age undergoing surgery, *Journal of Jahrom University of Medical Sciences - Vol.12, No 1.*, pp. 9-17.

República, D. d. (2017). Despacho n.º 6668/2017. Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2017-08-02, 16068-16069.

Sadeghi, A., Tabari, A. K., Mahdavi, A., Salarian, S., & Razavi, S. S. (2016). Impact of parental presence during induction of anesthesia on anxiety level among pediatric patients and their parents: a randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and treatment*, pp. 3237-3241.

Smith, J. (May de 2017). Parental presence during induction of anaesthesia - an evidence based practive review. *Focus: Peri/Post op Care - Volume 24, No.10*, p. 40.

Sun, Y., Yang, J., Sun, J., Zhang, G., An, J., & Yuan, H. (September de 2016). The impact of parental presence in preschool clildren facial trauma surgery. *Pak. J. Pharm. Sci.* Vol.29, No 5, pp. 1863-1867.

Teixeira, E. M., & Figueiredo, M. B. (março de 2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista Referência II série - n.º 9*, pp. 7-14.

Wassem, H., Mazzamurro, R. S., Fisher, A. H., Bhowmik, S., Zaman, R. A., Andrew, A., & Bauer, D. F. (May de 2018). Parental satisfaction with being present in the operating

room during the induction of anesthesia prior to pediatric neurosurgical intervention: a qualitative analysis. J Neurosurg Pediatr - volume 21, pp. 528-534.

Apêndice IX- Formação em Serviço



2º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória

Acompanhamento dos pais/pessoa significativa à criança/jovem submetido a cirurgia



Enfermeiro: David D'Oliveira
Enfermeira Orientadora: Ana Vences
Professor orientador: António Freitas

OBJETIVOS

- Apresentar o Trabalho de Projeto desenvolvido no âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da ESS-IPS;
- Contextualizar a pertinência da temática;
- Apresentar o Projeto desenvolvido;
- Divulgar os principais resultados dos questionários aplicados;
- Recolher contributos de melhoria para o trabalho desenvolvido.

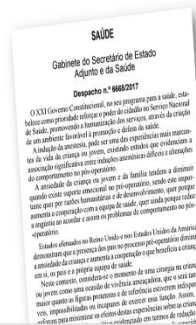


Presença dos Pais/Pessoa Significativa no Bloco Operatório

A escolha desta área de intervenção deve-se a:

- Pertinência atual da temática;
- Necessidade do serviço em melhorar a experiência cirúrgica do utente pediátrico e seus pais/pessoa significativa;
- Contributo para a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados perioperatórios à criança/jovem e seus pais/pessoa significativa;

Diário da República, 2.ª série N.º 148 — 2 de agosto de 2017



Promulga como um direito a presença dos pais ou pessoa que os substitua no Bloco Operatório, até à indução anestésica e na UCPA.

Comunicação Social



Projeto de Intervenção

Sendo esta uma temática atual e importante para a equipa, foi sobre esta que nos debruçamos na implementação do Projeto em Serviço:

O acompanhamento dos pais/pessoa significativa da criança/jovem, submetida a cirurgia, no Bloco Operatório, até à indução anestésica.

Projeto de Intervenção

• Diagnóstico de situação

- Entrevista Semiestruturada a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora;
- Questionário à Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório.

• Atividades desenvolvidas

- Revisão Integrativa da Literatura;
- Estágio de Observação no Bloco Operatório;
- Guia de Acolhimento para os pais ou pessoa que os substitua no Bloco Operatório;
- Revisão da Checklist Pré-Cirúrgica;
- Procedimento Geral de Acolhimento para os pais/pessoa significativa no Bloco Operatório;

Resultados Questionários

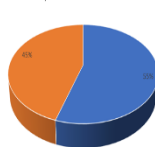
Considera esta medida importante para a criança/jovem e seus pais/pessoa que os substitua

• Sim
• Não



Necessidade formação e esclarecimentos sobre a temática do acompanhamento da criança/jovem pelos pais/pessoa que os substitua

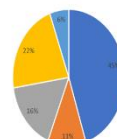
• Sim
• Não



Resultados Questionários

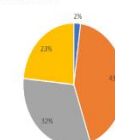
Principais razões pela qual não considerou "Até à indução anestésica"

- Stress equipa
- Condições físicas do Bloco Operatório
- Ansiedade da criança/jovem e pais
- Falta de conhecimento/informação dos pais
- A criança/jovem não ter ainda sido submetido a intervenção



Os maiores constrangimentos que podem dificultar o acompanhamento da criança/jovem pelos pais/pessoa que os substitua

- Complicações durante a indução
- Comportamento/ansiedade da criança/jovem e pais
- Falta de critérios/condições físicas do Bloco
- Falta de informação da equipa e pais



Revisão da Literatura

- De forma a sustentar todo o Trabalho de Projeto, foi realizado um artigo científico- **Revisão Integrativa da Literatura**.

- Elaboração da Questão de Investigação: Quais as vantagens da presença dos pais/pessoa significativa no momento da indução anestésica de crianças/jovens submetidos a cirurgia?
- Pesquisa em Base de dados como a EBSCO e Pubmed e em revistas como a ScienceDirect e AORN
- Palavras- chave: *Parental presence*.

Revisão da Literatura

• Critérios Inclusão:

- Crianças/jovens e pais ou pessoa que os substitua no Bloco Operatório;
- Artigos científicos que fosse possível o acesso através de Internet;
- Texto integral;
- Acesso gratuito;
- Janeiro de 2014 e setembro de 2018, últimos 5 anos.

Principais Resultados – extraídos da Revisão Integrativa da Literatura

- Aumento da satisfação dos pais;
- Diminuição da ansiedade dos pais (no pré-operatório e na sala de espera);
- Aumento da confiança dos nos cuidados perioperatórios;
- Redução da ansiedade das crianças;
- Os pais/pessoa significativa devem receber preparação antes do acompanhamento de forma a aumentar o sucesso da sua presença (ex.: folhetos informativos);
- Benefícios para equipa porque tem um elo de ligação com a criança/jovem;

Estágio de Observação

O Estágio de Observação realizado num Hospital da Zona da Grande Lisboa, permitiu-nos a perceção de uma realidade diferente relativa ao acompanhamento dos pais/pessoa significativa.

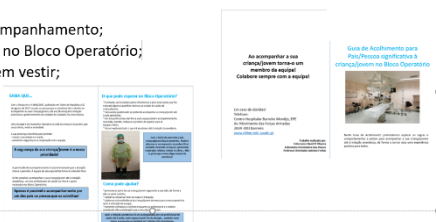
Observação:

- Pais/pessoa significativa que acompanha trazem bata vestida do serviço de internamento;
- Colocam touca e protetores de sapatos à chegada ao Bloco Operatório;
- Existe uma sala de acolhimento/espera onde aguardam junto da criança/jovem;
- Acompanham até à indução anestésica;
- Colaboram no posicionamento, monitorização, no diálogo com a criança/jovem
- Ao saírem da sala operatória são acompanhados por Enf.ª recobro ou Assistente operacional até à saída;
- No final da cirurgia são chamados para aguardar pela criança/jovem no recobro, antes da mesma chegar;

Proposta de trabalho

• Guia de Acolhimento para os pais/ pessoa significativa no Bloco Operatório

- . Direito do Acompanhamento;
- . O que esperar no Bloco Operatório;
- . Como se devem vestir;
- . Como ajudar.



Proposta de trabalho

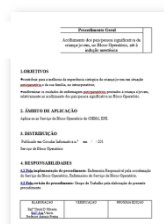
Revisão da Lista Verificação Pré-Cirúrgica



Proposta de trabalho

Procedimento de Acolhimento para os pais/pessoa significativa no Bloco Operatório

- . Descrição de como deve ser realizado o acolhimento dos pais/significativa no Bloco Operatório;



Principais vantagens para o Bloco Operatório deste projeto

As principais vantagens que identificamos com a realização deste projeto :

- Atribuição de um contributo positivo na experiência cirúrgica para a criança/jovem e seus pais/pessoa significativa;
- Aumento do satisfação do utente, promoção do bem-estar e prevenção de complicações, que vão de encontro aos Padrões de Qualidade em Enfermagem da OE.
- Melhoria da qualidade e humanização dos cuidados prestados à criança/jovem e pais /pessoa significativa em situação perioperatória, o que por sua vez, também vai de encontro ao objetivos do Bloco.

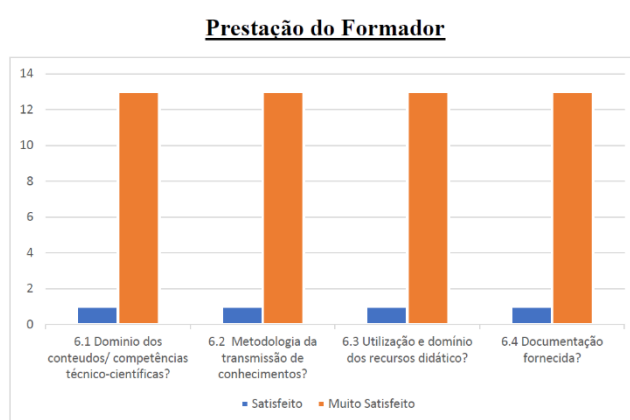
Contributos e sugestões da Equipa?

Referências Bibliográficas

[illegible]

OBRIGADO!
dave.olivetree@hotmail.com

Apêndice X – Gráfico da Avaliação da Sessão Formativa



Apêndice XI- Planeamento da Sessão de Formação em Serviço

Plano de Sessão para Formação em Serviço

Tema: A presença dos pais/pessoa significativa, no Bloco Operatório, até à indução anestésica de crianças /jovens.

Formadores: Enfermeiro David D'Oliveira; Enfermeira Orientadora Ana Vences, Professor Orientador António Freitas.

População-alvo: Enfermeiros do Bloco Operatório.

Local: Hospital X

Data: 7 /01/2019

Hora: 15:00- 15:30

Objetivo Geral:

-Contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica da criança/jovem em situação perioperatória;

Objetivos específicos:

- Contextualizar a pertinência da temática;
- Divulgar os principais resultados dos questionários aplicados;
- Apresentar o trabalho de projeto desenvolvido;
- Receber sugestões/avaliação de todo o material desenvolvido;

Etapas da Sessão Formativa	Objetivos	Conteúdos	Estratégias/Atividades	Meios Auxiliares de Ensino	Tempo
Introdução/Apresentação	-Apresentação dos intervenientes - Apresentação dos Objetivos da sessão;		Expositivo	PowerPoint	2 min.
Exposição teórica	- Apresentar de forma sucinta a justificação da temática; - Apresentar o Decreto-Lei n.º 6668/2018 - Apresentar os principais resultados extraídos da Revisão integrativa; - Apresentar o resultado final (Guia, checklist, Procedimento)		Expositivo	PowerPoint	15 min.
Desenvolvimento de Atividades	_____	_____	_____	_____	—
Esclarecimento de dúvidas	- Dar espaço para esclarecimentos de dúvidas ou sugestões;		Expositivo	PowerPoint	10 min.
Avaliação da sessão	- Fornecer para preenchimento questionário disponível no serviço para a avaliação da sessão.		Preencher questionário com Escala Likert (disponível no serviço)	Papel	3 min.

Apêndice XII- Diagnóstico de Situação do Projeto

MESTRADO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Definição do Problema

Estudante: David André Espanhol D`Oliveira
Instituição: Hospital X
Serviço: Bloco Operatório
Título do Projeto: O acompanhamento dos pais/pessoa que os substitua no Bloco Operatório
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha: Devido ao Despacho n.º 6668/2017, publicado em Diário da República, n.º 148/2017, série II de 2017-08-02, que assegura como direito a presença dos pais ou de pessoa que os substitua no momento da indução anestésica e no recobro cirúrgico. A escolha desta área de intervenção deve-se a uma necessidade do serviço, nesta área, que seria uma mais valia para os utentes pediátricos do Bloco Operatório, pois iria melhorar a sua experiência cirúrgica. Penso que este projeto nesta área de intervenção se traduz numa melhoria da qualidade e humanização dos cuidados e por outro lado, promove a satisfação do cliente, o bem-estar e a prevenção de complicações, e por si só, traz benefícios para o serviço (Bloco Operatório). A escolha partiu de uma entrevista semiestruturada com a Enfermeira Chefe e da aplicação de questionários à equipa de Enfermagem do Bloco Operatório.
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema A não presença dos pais no Bloco Operatório até à indução anestésica
Análise do problema De acordo com o despacho n.º 6668/2017, publicado em Diário da República, n.º 148/2017, série II de 2017-08-02, visa o direito dos pais ou outra pessoa que os substitua, a acompanhar as

crianças/jovens, com menos de 18 anos até à indução anestésica e no recobro cirúrgico (UCPA). Esta medida permite reduzir a ansiedade, aumenta a cooperação com a equipa de saúde, diminui a necessidade de contenção física e ainda melhora a relação enfermeiro-doente (Menezes & Tomazinho, 2014). Como ferramentas de diagnóstico foi utilizada a entrevista semi-estruturada com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora, pois como o Bloco Operatório não apresenta as condições estruturais e humanas suficientes, e os pais ou pessoa que os substitua não acompanham as crianças/jovens, revela-se assim, uma necessidade do serviço. Para validar esta necessidade do serviço, procedi à aplicação de um questionário à equipa de enfermagem de forma a perceber se esta área de intervenção se revela pertinente. Dos questionários aplicados, de uma forma global posso concluir que a equipa de enfermagem do Bloco Operatório tem conhecimento do Despacho n.º 6668/2017, considera esta medida importante e reconhece os benefícios do acompanhamento dos pais/pessoa que os substitua. Da mesma forma, a equipa, considera que o acompanhamento é importante tanto, até a indução anestésica como na UCPA, e ainda consideram que o maior constrangimento são nas condições físicas, no circuito e nos próprios pais/pessoa que os substitua (ansiedade, falta de preparação, desconhecimento do que é um Bloco Operatório) e ainda consideram que apresentam necessidades de formação/esclarecimentos sobre a temática.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral

- Falta de estrutura física para receber os pais/pessoa que os substitua;
- Falta de informação sobre o acompanhamento dos pais/pessoa que os substitua;
- Informação insuficiente, do circuito da criança/jovem com idade inferior a 18 anos no Bloco Operatório;

- Na lista de verificação pré-cirúrgica a não existência de um campo que contemple a presença dos pais/pessoa que os substitua;

Determinação de prioridades

- Realização de Pesquisa Bibliográfica;
- Realização de Revisão Integrativa de Literatura
- Realização de Proposta de Guia para os pais/pessoa que os substitua;
- Realização de um Procedimento sobre o acompanhamento dos pais/pessoa que os substitua no Bloco Operatório;
- Realização de proposta de revisão à Lista de Verificação pré-cirúrgica da criança/jovem.

Objetivos**OBJETIVO GERAL**

- Contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica da criança/jovem em situação Perioperatória, nomeadamente no Intraoperatório

OBJETIVOS ESPECIFICOS

De forma a atingir o objetivo geral, supracitado, temos como objetivos específicos os seguintes:

- Elaborar um artigo científico sobre a presença dos pais/pessoa que os substitua das crianças na indução anestésica;

- Elaborar um Guia Informativo dirigido aos pais/pessoa que os substitua sobre o circuito da criança/jovem na experiência cirúrgica;
- Apresentar uma proposta de revisão à Lista de Verificação Pré- Cirúrgica da criança do hospital;
- Elaborar proposta de Norma de Procedimento sobre acolhimento aos pais/pessoa que os substitua da criança/jovem no Bloco Operatório;
- Realizar sessão formativa à equipa de enfermagem sobre a importância do acompanhamento dos pais/pessoa que os substitua no Bloco Operatório.

Referências Bibliográficas

Menezes, S., & Tomazinho, L. D. (abr./jun. de 2014). Presença de familiares durante a indução anestésica de crianças: Revisão da literatura. *Rev. SOBECC*, pp. 92-98.

Data: Maio de 2018

Assinatura: David D'Oliveira

Apêndice XIII- Planeamento do Projeto

Planeamento do Projeto

Estudante: David André Espanhol D`Oliveira

Instituição: Hospital X

Orientador: Enfermeira Ana Vences + Professor António Freitas

Título de Projeto: A presença dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica

Objetivos

Objetivo Geral:

- Contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica do doente pediátrico em situação perioperatória, nomeadamente no Intraoperatório.

Objetivos Específicos:

De forma a atingir o objetivo geral, supracitado, temos como objetivos específicos os seguintes:

- Elaborar um artigo científico sobre as vantagens da presença dos pais/pessoa significativa de crianças/jovens no Bloco Operatório, até à indução anestésica;
- Elaborar um Guia Informativo dirigido aos pais/pessoa significativa sobre o circuito da criança/jovem na experiência cirúrgica;
- Apresentar uma proposta de revisão à lista de verificação pré-operatória do Hospital, onde contemple esta temática;

- Elaborar uma proposta de norma de procedimento sobre o acolhimento aos pais/pessoa significativa da criança/jovem no Bloco Operatório;
- Realizar uma sessão formativa à equipa de Enfermagem sobre a importância da presença/acompanhamento dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica.

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção

- Enfermeira Chefe;
- Enfermeira Orientadora;
- Equipa de Enfermagem;
- Professor Orientador.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Elaborar um artigo científico sobre as vantagens da presença dos pais/pessoa significativa de crianças/jovens no Bloco Operatório, até à indução anestésica;	- Pesquisa em bases de dados, revistas científicas;	_____	Computador+ papel+ internet	Setembro/novembro	- Feedback do professor orientador
Elaborar um Guia Informativo dirigido aos pais/pessoa significativa sobre o circuito da criança/jovem na experiência cirúrgica	-Realizar pesquisa; - Elaborar um Guia; - Fotografar objetos de paramentação;	_____	Computador+ papel+ telemóvel ou máquina fotográfica	Setembro/novembro	- Avaliação pelos orientadores; - Feedback da equipa de enfermagem do Bloco Operatório
Apresentar uma proposta de revisão à lista de verificação pré-operatória do Hospital, onde contemple esta temática;	- Realizar pesquisa bibliográfica; - Aceder à Lista de verificação	_____	Computador+ Papel	Setembro- Novembro	- Avaliação pelos orientadores; - Feedback da equipa de enfermagem

	pré-operatória do Hospital;				
Elaborar uma proposta de norma de procedimento sobre o acolhimento aos pais/pessoa significativa da criança/jovem no Bloco Operatório	- Aceder a normas de procedimento do Hospital; - Realizar pesquisa bibliográfica	_____	Computador+ papel	Setembro- Novembro	- Avaliação pelos orientadores; -Feedback da equipa de enfermagem;
Realizar uma sessão formativa à equipa de Enfermagem sobre a importância da presença/acompanhamento dos pais/pessoa significativa no Bloco Operatório, até à indução anestésica.	-Realizar pesquisa Bibliográfica; -Realizar formação em PowerPoint; -Apresentar os diversos resultados da pesquisa; -Apresentar todo o trabalho desenvolvido e proposto	_____	Computador + data show+ papel	Dezembro- Janeiro	- Apresentação à equipa de enfermagem; - Aplicação de questionários de avaliação

Cronograma: Encontra-se apresentado em sítio próprio.

Orçamento:

Humanos:

- Estudante;
- Professor orientador;
- Enfermeira Orientadora;
- Enfermeira Chefe;

Recursos Materiais:

- Computador;

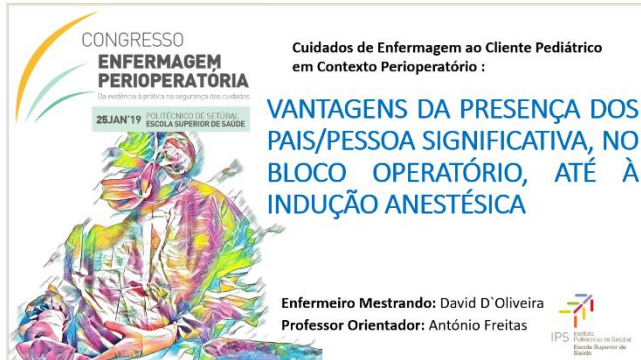
- Datashow;
- Papel;
- Impressora;

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Os constrangimentos previsíveis são a escassez de tempo, pelo que foi elaborado um cronograma. Se existirem mais constrangimentos, com os quais não esperávamos, vamos avaliando ao longo da realização deste projeto e adequando a cada situação.

Data: Maio de 2018 Assinatura: David D'Oliveira Docente: Professor António Freitas

Apêndice XIV- Apresentação Congresso Enfermagem Perioperatória



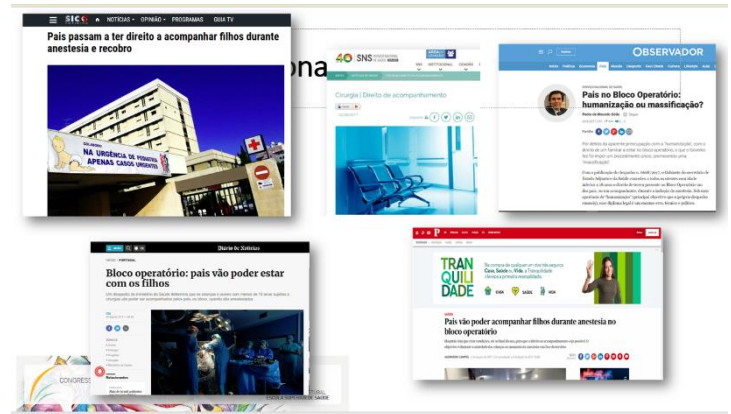
OBJETIVOS

- Contextualizar a pertinência da temática;
- Apresentar a Metodologia de pesquisa utilizada;
- Divulgar os principais resultados da Revisão Integrativa da Literatura;
- Apresentar as implicações para a prática da Enfermagem.



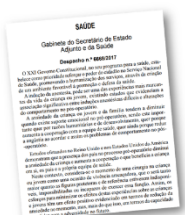
PRESENÇA DOS PAIS/PESSOA SIGNIFICATIVA NO BLOCO OPERATÓRIO

- Pertinência atual da temática;
- Necessidade identificada em contexto de Estágio em melhorar a experiência cirúrgica do utente pediátrico e seus pais/pessoa significativa;
- Contributo para a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados perioperatórios à criança/jovem e seus pais/pessoa significativa.



ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO

Traduz-se num desafio para os Enfermeiros Perioperatórios, ou seja, uma **nova abrangência do cuidar**.

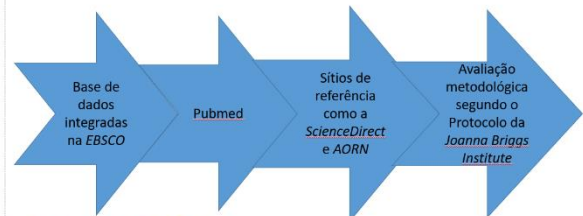


Diário da República, 2.ª série
N.º 148 — 2 de agosto de 2017



METODOLOGIA

Clique para adicionar texto



ARTIGOS



RESULTADOS/DISCUSSÃO

- A presença dos pais é fundamental até à indução anestésica e traz consigo associado diversas vantagens como a **melhoria da satisfação dos pais** e nos **níveis de ansiedade** como o aumento da **confiança nos cuidados perioperatórios** (Wassem, et al., 2018).
- A presença dos pais durante a indução da anestésica permite melhorar a **qualidade da indução** e contribui para a **maior satisfação dos pais**. Poderá ter efeitos na **redução de ansiedade** no pré-operatório (Sadeghi, Tabari, Mahdavi, Salarian, & Razavi, 2016).

RESULTADOS/DISCUSSÃO

- O acompanhamento pelos pais ou pessoa significativa de crianças/jovens durante a indução anestésica seja eficaz, é importante que os mesmos desejem estar presentes e se encontrem informados, ou seja, **capacitados para o acompanhamento**. (Machotta, 2014).
- Os pais/pessoa significativa devem receber um **panfleto informativo** explicando todo o processo de acompanhamento durante a indução anestésica e de preferência antes da cirurgia (Kruger & Rosen, 2016).
- Os pais quando acompanham as suas crianças/jovens durante a indução anestésica referem menos **ansiedade na sala de espera** (Bhalla, 2017).



RESULTADOS/DISCUSSÃO

- A presença dos pais/pessoa significativa é um cuidado fundamental às crianças/jovens que faz com que pais/P.S. se encontrem mais **satisfeitos e menos ansiosos** (Rasti, Jahanpour, & Motamed, 2014).
- A presença dos pais apresenta efeitos positivos na **redução da ansiedade da criança** (Ozdogan, et al., 2017).



RESULTADOS/DISCUSSÃO

- Torna-se benéfico criar **grupos etários específicos onde a presença dos pais é aconselhada, como grupos entre os 2-6 anos** de idade que são os que apresentam maior possibilidade de apresentar ansiedade. Por outro lado, crianças com menos de 6 a 8 meses de idade não beneficiam da presença dos pais durante a indução (Smith, 2017).



SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Aumento da satisfação dos pais/pessoa significativa;
- Diminuição da ansiedade dos pais/pessoa significativa (no pré-operatório e na sala de espera);
- Aumento da confiança nos Cuidados Perioperatórios;
- Melhoria da qualidade da Indução anestésica;
- Redução da ansiedade das crianças/jovens;
- Os pais/pessoa significativa devem receber preparação antes do acompanhamento de forma a aumentar o sucesso da sua presença (ex.: folhetos informativos);
- Benefícios para equipa porque tem um elo de ligação com a criança/jovem;
- Criação de grupos etários específicos (2-6 anos) onde é mais benéfico a presença dos pais/pessoa significativa.



CONGRESSO **ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**
 Direcionada à prática na segurança dos cuidados

20 a 21 de maio de 2015
 Instituto de Física de São Carlos
 São Carlos, SP

INSTITUTO DE FÍSICA DE SÃO CARLOS
 INSTITUTO DE FÍSICA DE SÃO CARLOS
 INSTITUTO DE FÍSICA DE SÃO CARLOS

- ## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**
 O 1º Encontro de profissionais especializados em enfermagem perioperatória
 29 e 30 de maio de 2010
 Hotel Intercontinental, São Paulo, SP

CONGRESSO **ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**
Da evidência à prática na segurança dos cuidados

28 JANEIRO
POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCALA SUPERIOR DE SAÚDE

Concluímos que a presença dos pais/pessoa significativa é um tema recente e controverso. Mas os estudos demonstram que apresenta benefícios para os pais/pessoa significativa; crianças/jovens; na qualidade da indução anestésica; na satisfação dos pais e no aumento da confiança nos cuidados perioperatórios. A mudança para uma prática de cuidados mais acolhedora desta realidade é importante e deverá sempre procurar a excelência e a humanização dos cuidados aos mais vulneráveis.

Anexo III- Questionário aplicado para avaliação da sessão formativa

APRECIÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO – QUESTIONÁRIO DOS FORMANDOS CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Ação de formação: _____

Nome(s) do(s) formador(es): _____

Nome do formando: _____

Data: ____ / ____ / ____

Na procura da qualidade e melhoria continua do processo formativo, propõe-se uma breve apreciação sobre a qualidade da sessão formativa fornecida. Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Em que medida está satisfeito ou insatisfeito com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala					
4. A qualidade do apoio técnico e administrativo					

5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A prestação do(s) formador(es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar futuras ações de formação:

NOTA:

- Para o formando obter o certificado terá de assistir a 80% do tempo de duração do curso;
- Para obtenção de certificado com aproveitamento terá de obter uma classificação superior a 50%, no teste final.

Anexo IV- Grelhas de avaliação da Qualidade Metodológica da JBI

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)